9.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 240.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 19 *août* 1852,

Par G.-ÉMILE SALNEUVE,
né à Charroux (Allier),

ancien Interne de l'Hôpital de Clermont-Ferrand,
Prosecteur et Lauréat de l'École de Médecine de la même ville,
Interne en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux de Paris,
Médaillé du Choléra en 1849 (Médaille d'Argent),
Membre de la Société médicale d'Observation,
Membre de la Société Anatomique.

DE LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE
DES AFFECTIONS GANGLIONNAIRES.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1852

DE

LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

DES

AFFECTIONS GANGLIONNAIRES.

> Unde accidit ut glandulosa corpora, imbecillima omnium cum sint, facile fluxiones ipsas recipiant, tumoribusque præter naturam (quod bubones appellant) celerrime corripiantur.
>
> (GALENUS, *de Methodo medendi*, lib. 13, p. 934.)

INTRODUCTION.

En raison de leur nombre, de leur siége, et surtout de leurs connexions avec les divers élémens anatomiques, les ganglions lymphatiques ont une disposition particulière à être affectés secondairement par certains états morbides. La plupart de ces affections secondaires ou symptomatiques variant le plus souvent comme ces états morbides, il s'ensuit qu'on peut en tirer des signes diagnostiques d'une valeur incontestable. Décrire, analyser, comparer ces différents signes, et examiner la valeur qu'ils peuvent avoir dans le diagnostic des maladies où on les rencontre : tel est le but que nous nous sommes proposé dans ce travail.

Pour nous servir d'un terme générique qui peut convenir aux différentes affections ganglionnaires, nous avons choisi celui d'*adénopathie*, comme ayant déjà cours dans la science, et étant le plus exact.

Nous divisons les adénopathies en deux classes : les *adénopathies inflammatoires* et *non inflammatoires*.

Les premières sont symptomatiques des phlegmasies cutanées, des phlegmasies muqueuses, et des phlegmasies spécifiques (ulcères syphilitiques primitifs, scrofule, etc.).

Les secondes sont de deux sortes, *précoces* ou *tardives*. *Précoces*, elles sont symptomatiques du chancre induré ; *tardives*, elles sont symptomatiques des diathèses syphilitique, scrofuleuse, tuberculeuse et cancéreuse.

Nous avons ajouté à cette étude celle des signes négatifs que présentent les ganglions dans les maladies qui ont certaine analogie avec les précédentes : telles sont le lupus ou esthiomène, certains ulcères tuberculeux, l'épulis, la kéloïde, et diverses autres tumeurs.

La partie de notre sujet qui touche aux maladies dites vénériennes a surtout fixé notre attention comme étant la plus importante. L'étude de la syphilis est la clef de la pathologie, a dit judicieusement le professeur Andral ; nous en avons fait la clef de nos recherches. On sera sans doute surpris d'y trouver des assertions un peu hardies, absolues même ; mais, comme elles reposent sur des faits très-multipliés et pris dans un service spécial, où il passe par année, sous les yeux de l'observateur, 13 à 14,000 malades, nous espérons que cette circonstance pourra leur donner un plus grand poids vis-à-vis des personnes moins bien favorisées sous ce rapport.

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES SUR LES GANGLIONS LYMPHATIQUES.

Hippocrate et les auteurs anciens ont considéré les ganglions lymphatiques comme des glandes. Sylvius les désigne sous le nom de *glandes conglobées*, pour les distinguer des véritables glandes, qu'il appelle *conglomérées ;* enfin Chaussier leur imposa la dénomination de *ganglions lymphatiques,* qui leur est restée.

Leur nombre, très-variable du reste, a été évalué à sept ou huit cents ; ils siégent ordinairement sur le trajet des vaisseaux, dans les régions les plus riches en tissu cellulaire, et à la racine des principaux organes ; ils occupent

particulièrement la face interne des membres et le pli de leurs articulations.

On les distingue en superficiels et en profonds ; les premiers reçoivent les lymphathiques sous-cutanés, et les seconds, les lymphatiques sous-aponévrotiques.

Leur forme est ordinairement celle d'un ellipsoïde légèrement comprimé ; quelques-uns sont circulaires et aplatis, d'autres hémisphériques, d'autres tout à fait arrondis.

Leur volume est très-variable ; à l'état normal, il ne dépasse pas 2 centimètres de diamètre. Les plus volumineux répondent aux principaux confluents du système lymphatique.

Leurs dimensions sont en partie subordonnées à l'activité de la vie : très-considérables chez l'enfant, ils commencent à diminuer aux approches de la puberté, continuent à s'amoindrir chez l'adulte, et arrivent chez le vieillard à des proportions très-minimes.

La consistance de ces glandes est ferme, et assez analogue à celle que présente la substance du foie (Sappey, *Manuel d'anatomie*).

Par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques, les ganglions se trouvent avoir des connexions avec tous les tissus de l'économie, avec la peau et les muqueuses, les séreuses et les synoviales, l'appareil circulatoire, le tissu cellulaire, les centres nerveux, les muscles, les tissus fibreux, les os et enfin les glandes ; aussi, dans la généralité des cas, l'anatomie peut-elle indiquer pourquoi tel ou tel groupe de ganglions se trouve affecté secondairement plutôt que tel autre. C'est ainsi qu'on voit les ganglions de la partie moyenne, de l'arcade crurale, s'enflammer sous l'influence des ulcères du frein, du prépuce et du gland chez l'homme ; chez la femme, sous l'influence des ulcères des grandes et petites lèvres, du méat urinaire, du clitoris et de la fourchette.

Avec les ulcères des parties génitales, on voit fréquemment les ganglions des deux régions inguino-crurales s'affecter symétriquement, soit qu'il existe plusieurs ou un seul ulcère ; dans ce dernier cas, il est fréquent d'observer une adénite d'un seul côté, soit que celle-ci existe du même côté ou du côté opposé à l'ulcère. Ce dernier fait s'explique par l'entre-croisement des lymphatiques sur la ligne médiane.

Les ganglions de la partie supérieure de l'arcade crurale, vers l'épine iliaque antéro-supérieure, correspondent aux ulcères ano-coccygiens ; ceux de la partie inférieure, dans le pli génito-crural, correspondent aux ulcères de la région ano-périnéale. Les ganglions cruraux, situés au niveau de l'angle inférieur du triangle crural, et qui ont une direction longitudinale au lieu d'être oblique comme celle des précédents, sont plus particulièrement affectés par les maladies des

téguments des membres inférieurs. Enfin, si nous ne craignions pas de rendre cet énumération trop longue, nous citerions encore les ganglions sous-maxillaires, parotidiens, cervicaux, axillaires, etc., qui sont influencés par les maladies des muqueuses buccale, gengivale, linguale, etc.

Les anatomistes ont constaté la communication des ganglions entre eux par l'intermédiaire des lymphatiques : «Il suffit d'injecter un vaisseau lymphatique, dit M. Cruveilhier, pour voir se remplir un nombre plus ou moins considérable de lymphatiques et de ganglions du voisinage ; cependant il y a beaucoup de variété à cet égard (*Anat.,* t. 3, p. 129). L'observation nous montre que cette communication n'existe pas pour certains produits pathologiques : ainsi les ulcères syphilitiques primitifs non indurés infectent à la fois un ou plusieurs ganglions, sans qu'on voie jamais la virulence s'étendre d'un ganglion à un autre par l'intermédiaire d'un lymphatique. S'il en était autrement, on observerait les lésions les plus graves. Le pus virulent chemine difficilement ; il s'arrête quelquefois dans un lymphatique, et y détermine un bubon virulent non glandulaire ; le plus souvent aussi il s'arrête dans un seul ganglion, toujours superficiel ; aussi ne voit-on pas de ganglions profonds infectés de cette manière.

L'inflammation d'une glande infectée et suppurée (bubon virulent) peut fournir deux sortes de pus : un pus central virulent, comme l'ulcère, et un pus périphérique simplement phlegmoneux.

Les affections ganglionnaires sont plus communes chez l'enfant que chez l'adulte, chez l'homme que chez la femme, et chez la femme du peuple que chez l'homme du monde. La cause se trouve, pour l'enfant, dans la prédominence du système lymphatique sur les autres systèmes; pour l'adulte, elle réside dans la différence du genre d'existence de l'homme et de la femme, de l'homme du monde et de l'homme du peuple.

Les ganglions lymphatiques, accessibles pendant la vie à nos moyens d'investigation, forment quatre groupes principaux, qui sont : 1° les ganglions de la région inguino-crurale, 2° ceux de l'aisselle, 3° ceux du cou, et 4° ceux de la tête.

1° Les ganglions de la région inguino-crurale sont superficiels ou profonds.

Les superficiels ont un volume qui est en raison inverse de leur nombre ; suivant Mascagni, ce nombre varie de sept à treize. Les profonds sont sous l'aponévrose, on en compte deux, trois ou quatre. Ces ganglions reçoivent un très-grand nombre de lymphatiques superficiels et profonds du membre abdominal, les lymphatiques superciels de la région fessière, ceux de la moitié sous-ombilicale des parois de l'abdomen ; les lymphathiques superficiels des organes génitaux de l'homme, ceux de la femme, y compris le tiers inférieur du vagin, et enfin les superficiels de l'anus et du périnée dans les deux sexes.

2° Les ganglions de la région axillaire sont nombreux, assez gros et d'un volume inégal ; ils se groupent autour des troncs artériels et veineux ; ils reçoivent les lymphatiques superficiels et profonds des membres thoraciques, ceux des lombes, du dos et de la partie postérieure du cou ; ceux des parties latérales et antérieures du thorax, y compris l'épigastre, enfin les lymphatiques de la mamelle.

3° Les ganglions lymphatiques de la région cervicale sont très-nombreux, leur volume est considérable ; on les rencontre sur la face externe du muscle sterno-mastoïdien, la plupart autour de la jugulaire interne et des vaisseaux carotidiens, au niveau de la glande sous-maxillaire, quelquefois vers la grande corne de l'os hyoïde, et enfin sur les côtés du cartilage thyroïde. Ils sont les afférents des lymphatiques des gencives, de la muqueuse palatine, du voile du palais, des amygdales, du pharynx, du larynx, de la trachée, ainsi que du corps thyroïde ; ils reçoivent encore une grande partie des lymphatiques de la langue. Les ganglions profonds de cette région, étant situés dans l'intrication de nerfs importants, peuvent causer des paralysies lorsqu'ils viennent à prendre un certain volume : telle est la paralysie de la portion extra-crânienne du facial, observée pendant la période des accidents secondaires de la syphilis.

4° La région céphalique comprend les ganglions sous-occipitaux, mastoïdiens, parotidiens et sous-maxillaires.

Les *sous-occipitaux*, dont le nombre varie de trois à six, sont lenticulaires ; les uns, très-superficiels, sont situés au niveau de la ligne courbe qui donne attache au sterno-mastoïdien ; les autres, plus inférieurs, se trouvent au-dessous de l'attache de ce muscle, sur le trajet de l'artère occipitale : les premiers, à cause de leur position immédiate sur l'os, sont pris quelquefois pour des exostoses. Ces ganglions reçoivent les lymphatiques des régions pariétale, occipitale et du pavillon de l'oreille.

Les ganglions *parotidiens* sont plus nombreux et plus petits que les précédents ; les superficiels siégent au niveau de la parotide, l'un d'eux est constamment situé au devant du tragus ; les profonds sont dans l'épaisseur de la parotide ; ils sont les afférents des lymphatiques frontaux et superficiels des pommettes, des absorbants des glandes salivaires, des lymphatiques des paupières, et de la conjonctive palpébrale, enfin des muscles de la face.

Les ganglions *sous-maxillaires* sont situés au-dessous de la base de la mâchoire inférieure ; derrière l'arcade, près des apophyses géni, ils portent le nom de *ganglions géniens*, sans doute à cause du voisinage de la cavité buccale ; ces ganglions ont une facilité extrême à s'affecter pathologiquement ; ils reçoivent les lymphatiques des lèvres, quelques-uns des paupières, probablement les superficiels du nez, et quelques lymphatiques de la langue.

SÉMÉIOLOGIE DES GANGLIONS LYMPHATIQUES.

Les affections des ganglions lymphatiques, que nous avons désignées par le terme générique d'*adénopathie,* sont de plusieurs espèces ; ainsi, suivant que leur cause pathologique se trouve être l'inflammation, les diathèses scrofuleuses, syphilitiques, le cancer, etc., l'adénopathie est dite inflammatoire, syphilitique, scrofuleuse, et cancéreuse.

L'adénopathie est dite *multiple* lorsqu'elle atteint à la fois plusieurs ganglions d'une région, telle est celle du chancre induré ; lorsqu'elle n'en atteint qu'un seul, elle est dite *mono-ganglionnaire,* c'est la forme la plus fréquente de l'adénopathie du chancre non induré.

Elle est *précoce,* lorsqu'elle suit de près sa cause productrice, comme dans les ulcères primitifs, ou bien *tardive,* lorsqu'elle est produite par les diathèses syphilitiques, cancéreuses, etc.

Elle est *indolente,* avec les chancres indurés, les cancers, et autres productions pathologiques ; *dolente,* avec les phlegmasies dont elle est symptomatique.

Elle est *superficielle,* avec les ulcères syphilitiques primitifs ; elle est indifféremment *profonde* ou *superficielle,* avec les ulcères scrofuleux et autres.

Enfin les adénopathies sont de deux sortes : symptomatiques et idiopathiques ou essentielles. Toutes peuvent se rapporter à deux grandes classes ; les adénopathies de causes inflammatoires ; et les adénopathies de causes non inflammatoires, de là deux grandes divisions dans notre sujet :

1° Séméiologie des adénopathies inflammatoires,

2° Séméiologie des adénopathies non inflammatoires.

CHAPITRE Ier.

SÉMÉIOLOGIE DES ADÉNOPATHIES INFLAMMATOIRES.

Quand une phlegmasie se déclare dans la sphère lymphatique d'un centre ganglionnaire, elle a presque constamment un retentissement dans ses ganglions. Les lésions qu'elle produit sur ces organes varient, dans ce cas, depuis le simple engorgement douloureux jusqu'à la phlogose la plus intense. Hâtons-nous de dire cependant que ce dernier état s'observe rarement, et que le plus souvent un simple engorgement lymphatique est le résultat du retentissement de la phlegmasie voisine : telles sont les adénites qui accompagnent le furoncle, l'érysipèle, l'eczéma, l'impetigo, la stomatite, la blennorrhagie, etc.

Si nous voulions considérer ces adénites seulement comme signes diagnostiques de ces phlegmasies, à part l'érysipèle, dont la présence est annoncée, suivant M. Chomel, par celle de l'engorgement glandulaire, ces adénites leur fourniraient peu d'éléments de diagnostic. Mais ces phlegmasies ne sont pas toujours isolées, il n'est pas rare de les rencontrer compliquées d'affections dont les caractères ont assez d'analogie avec les leurs, pour que le diagnostic différentiel puisse présenter des difficultés sérieuses. C'est alors que l'état des ganglions peut donner des signes importants.

L'*eczéma* appartient aux éruptions vésiculeuses : à l'état aigu franchement caractérisé, son diagnostic est le plus souvent des plus faciles ; mais que cette maladie affecte certain siége, comme celui des parties génitales, qu'elle présente une teinte brune cuivrée comme celle donnée par ces mêmes parties, riches en pigments, aux affections cutanées vulgaires, enfin qu'elle soit chronique, peu ou point prurigineuse, et se trouve chez un sujet présentant des antécédents

syphilitiques douteux, ne sera-t-on pas embarrassé pour en déterminer la nature? Ne devra-t-on pas se demander si l'eczéma est simsimplement dartreux ou s'il est syphilitique? Dans ce cas, s'il existe un retentissement de la maladie sur les ganglions, comme de l'engorgement, de la douleur, de la rougeur, par exemple, la solution de cette question pourra se trouver assez aisément. Il suffira de savoir que les syphilides sont sans action sur les ganglions, tandis que cette action, sans être constante, est fréquente dans les affections cutanées vulgaires; l'observation suivante en est une preuve.

Ire OBSERVATION. — *Antécédents syphilitiques, eczéma impétigineux vulgaire des lèvres, adénite sous-maxillaire.*

L... (Émile), vingt-huit ans, employé, entre le 3 février 1852, salle 2, lit 1, service de M. Ricord. Constitution strumeuse, abcès du cou dans sa première enfance, bubon inguinal suppuré à dix-huit ans, avant de s'être exposé au coït. Il y a deux ans, après un coït suspect, apparition d'un bouton ulcéré à la partie moyenne de la rainure du gland, engorgement indolent simultané des ganglions inguinaux, éruption consécutive trois ou quatre mois après. Traité pendant un mois par les pilules de proto-iodure de mercure, aucun autre accident n'est survenu depuis. Un an avant l'apparition des chancres, L... avait remarqué des taches rouges prurigineuses aux angles externes des yeux, sur le dos du nez et sur la pommette droite. Ces taches squameuses ont persisté jusqu'à ce jour; depuis un moins, elles sont devenues plus humides, et il en est survenu d'autres sur les lèvres; ces dernières sont énormément tuméfiées, renversées en dehors, et douloureuses, à tel point que le malade ne peut produire aucune contraction de la face ni introduire ses aliments dans la bouche sans éprouver beaucoup de difficulté; la muqueuse labiale est fendillée en une multitude de points, chaque fente est recouverte d'une croûte qui se reforme presque aussitôt qu'elle est enlevée; autour des maxillaires inférieurs, existent cinq ou six glandes lymphatiques volumineuses, isolées, sensibles au toucher : elles se sont manifestées seulement depuis l'inflammation de la lèvre; aucun autre accident qui puisse être attribué à la syphilis. (Tisane de douce-amère; teinture de Fowler, 10 gouttes; douches de vapeurs.) Le malade sort guéri après deux mois de traitement.

II[e] OBSERVATION. — *Antécédents syphilitiques douteux, eczéma des jambes, adénite crurale.*

Masse (Jean), âgé de vingt-cinq ans, chargeur, tempérament lymphatico-sanguin, est couché au n° 6 de la salle 3. En 1847, ce malade est atteint d'une blennorrhagie avec chancres du frein, adénite douloureuse passagère non suppurée. Pas de traitement mercuriel; aucun accident jusqu'en 1848. A cette époque, il entre à l'hôpital du Midi avec un phymosis accidentel, des chancres multiples situés à la base du gland, et une adénite inguinale gauche non suppurée. Ce malade quitte le service deux jours après pour se faire soigner en ville avec des médicaments dont il ignore la nature; il assure n'avoir eu aucun autre accident jusqu'à ce jour.

Actuellement, au-dessus des malléoles, dans une étendue de 10 à 12 centimètres de hauteur, existe à chaque jambe une surface rouge sombre, humide, qui est recouverte en différents points de petites croûtes, épaisses à leur centre, et minces sur leurs bords; léger prurit. A trois mois du début, les ganglions cruraux des deux côtés sont volumineux, légèrement douloureux, sans rougeur de la peau à leur surface; à la partie latérale droite de la couronne du gland, existe une cicatrice ancienne sans induration, léger engorgement indolent des ganglions inguinaux. (Cataplasmes de fécule; bains alcalins, de Barèges, etc.) Guérison après vingt jours de traitement.

III[e] OBSERVATION. — *Syphilide tuberculeuse serpigineuse ulcérée, absence d'adénite symptomatique.*

Marcery (Armand), trente-neuf ans, journalier, entre à l'hôpital du Midi le 27 avril 1852, salle 4, lit 11. Ce malade arrive de la campagne, où il était dans un état de misère tel, qu'il n'a pu se faire soigner d'une syphilis constitutionnelle qu'il a depuis cinq ou six années. Chancre à la verge, adénapathie bi-inguinale, alopécie, plaques muqueuses, douleurs, syphilide, gommes ulcérées, exostose tibiale, etc., tels sont les différents accidents qui se sont déjà montrés. Aujourd'hui, il nous présente une énorme exostose tibiale, des gommes ulcérées, et une syphilide serpigineuse des plus remarquables : le scrotum, les deux épaules et le cou en sont le siége; sur le scrotum, du côté droit, se voit une surface de 8 centimètres de diamètre, en partie recouverte de croûtes brunes, peu épaises, et en partie ulcérée; cette surface présente des bords élevés un peu festonnés,

un fond grisâtre, déprimé, bourgeonnant et donnant un peu de suppuration. Absence de prurit; les ganglions des régions inguinales ne présentent rien d'anormal, pas la moindre douleur ni tension. Sur chaque épaule, existe une énorme surface de 15 à 16 centimètres de diamètre; la moité de chacune d'elles est en partie cicatrisée et recouverte d'îlots de croûtes brunâtres qui tombent de temps à autre en laissant une surface sèche. Les bords de ces plaques sont assez irréguliers, quoique, dans leur ensemble, il existe une certaine régularité; leur fond n'est pas déprimé : il est d'une couleur rouge sombre, il est cicatricé en certains points et suppure en d'autres. Pas d'engorgement des ganglions axillaires; même état des ulcères du cou et des ganglions cervicaux et sous-maxillaires.

Nous pourrions multiplier ces observations à l'infini, car ces faits sont extrêmement communs; tous ceux que nous avons observés et que nous possédons nous montrent, comme les précédents, la différence qui existe entre les affections cutanées vulgaires et les spécifiques touchant l'influence ganglionnaire. Ainsi, tandis que nous venons de voir un simple eczéma subaigu des jambes et un eczéma impétigineux des lèvres produire un engorgement douloureux des glandes voisines, une syphilide tuberculeuse occupant une vaste étendue des téguments, ayant ulcéré ceux-ci depuis la surface du derme jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, n'a causé aucun retentissement sur les ganglions des régions environnantes. Ces signes n'ont pas une valeur absolue, assurément, mais ils en ont une encore assez grande pour qu'on ne doive pas les négliger lorsqu'ils existent.

La gale, l'impetigo, le prurigo et le lichen aigu, sont les affections cutanées dans lesquelles nous avons rencontré le plus souvent des adénites symptomatiques, tandis que nous n'avons jamais vu ces dernières avec aucune syphilide, quelles qu'aient été leur forme et leur intensité. Quand nous avons trouvé les deux maladies chez le même sujet, comme, par exemple, une roséole syphilitique et un prurigo, une syphilide serpigineuse et un eczéma aigu, l'état des ganglions a encore pu nous aider à distinguer la nature de chacune des deux affections.

Si nous examinons l'influence qu'exercent sur les ganglions les phlegmasies des muqueuses, nous verrons qu'elle varie suivant la nature de l'inflammation; et il doit en être ainsi, puisque l'*inflammation* est une *lésion* commune à plusieurs états pathologiques différents : la phlegmasie érysipélateuse n'est point la phlegmasie dartreuse, celle-ci la phlegmasie syphilitique, cette dernière la scrofuleuse, etc. Donc rien de plus naturel que chacun de ces états pathologiques différents ait aussi des caractères propres, et parmi ceux-ci se trouvent les affections des ganglions lymphatiques.

Les muqueuses peuvent être prises d'inflammation simple; c'est alors la phlegmasie proprement dite, phlegmasie qui ne se distingue que par le nom de la muqueuse qui en est le siége. De même que pour les phlegmasies cutanées, celles-ci ont une tendance à causer des adénites de voisinage dont l'intensité n'est pas en rapport avec la leur, mais peut varier depuis la simple tension dolente jusqu'au phlegmon ganglionnaire. Chacun sait avec quelle facilité les ganglions sous-maxillaires, parotidiens, cervicaux, inguinaux, etc., sont pris d'adénites pendant le cours des angines stomatites, gengivites, balano-posthites, vaginites, uréthrites, etc.; ajoutons encore l'adénite symptomatique de la blennorrhagie, car elle a absolument les mêmes caractères que celles des autres phlegmasies. Nous ne ferons d'exception que pour les blennorrhagies compliquées d'ulcères spécifiques ou causées par eux, auxquels cas l'adénite revêt les caractères particuliers dont nous parlerons plus loin.

Ulcères virulents non indurés.

Les phlegmasies spécifiques, bien différentes des précédentes, transmettent aux ganglions des affections dont les caractères ont une valeur diagnostique importante. Nous allons les examiner successivement, en nous attachant surtout aux signes diagnostiques différentiels qu'elles fournissent.

L'adénite symptomatique de ces ulcères porte généralement le nom de bubon. Le bubon survient rarement dans les premiers jours de l'existence de l'ulcère syphilitique qui le détermine; c'est le plus souvent après le premier, ou mieux après le second septénaire et plus tard, qu'on le voit arriver. Le siége particulier de l'ulcère syphilitique a une grande influence sur sa production. Ainsi les chancres de la partie inférieure de la verge, comme l'a observé Hunter, et surtout ceux des environs du frein, y donnent bien plus souvent lieu que ceux de toute autre région.

« Les bubons virulents sont le résultat du passage direct du virus syphilitique dans les vaisseaux et les ganglions lymphatiques ; ils ont toujours pour antécédent un chancre.

« Le virus syphilitique traverse ordinairement les lymphatiques sans les infecter directement; mais quelquefois il s'y arrête, et produit une angéioleucite virulente, ou bubon des vaisseaux lympathiques, en tout semblable aux bubons adéniques.

« Il n'y a que les vaisseaux lymphatiques en rapport direct avec les ulcères primitifs et les ganglions auxquels ils aboutissent, qui puissent s'infecter; ces vaisseaux et ces ganglions peuvent être infectés isolément ou à la fois.

« L'infection virulente ne se transmet pas d'un ganglion à un autre par la voie des lymphatiques interganglionnaires. »

D'après les lois qui précèdent, et le siége ordinaire des ulcères qui donnent lieu aux bubons, il n'y a le plus souvent qu'un seul ganglion superficiel infecté ; mais on conçoit très-bien qu'un chancre qui aurait acquis une grande étendue ait, par cela même, des rapports avec un plus grand nombre de lymphatiques, et qu'ainsi plusieurs ganglions puissent être infectés à la fois, circonstance encore plus facile dans le cas de chancres multiples. Lorsque plusieurs ganglions voisins ou d'une même région sont pris de suppuration, il faut se rappeler qu'un seul peut être infecté, et que, tandis que le pus fourni par les autres reste sans effet, le sien est inoculable (voyez Hunter, annoté par le Dr Ricord, p. 5-22)

Les ulcères virulents non indurés peuvent siéger sur tous les points du corps accessibles au virus contagieux. Les lieux où on les renrencontre le plus habituellement sont le frein, le prépuce et le gland chez l'homme ; la fourchette, les petites nymphes et le méat urinaire chez la femme ; enfin dans les deux sexes, mais très-rarement, dans l'urèthre, à l'anus, sur les muqueuses buccales, labiales et linguales, à l'extrémité des doigts, aux narines sur les muqueuses conjonctivales, etc. D'où il suit que les ganglions correspondant à chacune de ces localités peuvent être atteints par l'adénopathie symptomatique.

Il n'est pas rare de voir ces ulcères coïncider avec une phlegmasie de la surface sur laquelle ils siégent. C'est ainsi qu'on voit des uréthrites, des balano-posthites, des vaginites, etc., être déterminées par la sécrétion purulente des chancres virulents non indurés. Dans ces différents cas, on peut rencontrer seulement l'adénopathie de la phlegmasie simple, ou bien les deux adénopathies à la fois. On devra suspendre alors le diagnostic pendant quelques jours, après lesquels on verra bientôt disparaître l'adénite symptomatique de la phlegmasie, tandis que celle des chancres poursuivra son cours jusqu'à la suppuration. Si toutes les deux en arrivaient là, l'une donnerait du pus virulent, inoculable, pouvant produire des chancres ganglionnaires, tandis que l'autre donnerait du pus simple.

Parmi ces états complexes les plus fréquents, nous citerons la balano-posthite, la vulvite, la vaginite ; parmi les plus rares, la blennorrhagie. Cette rareté s'explique aisément : le chancre est de lui-même peu fréquent par rapport à l'uréthrite ; sur 304 blennorrhagies observées dans le service de M. Ricord par M. Lavergne, il en a été rencontré huit fois (thèse du doctorat, 1837). Or on sait que le chancre non induré produit seul le bubon virulent suppuré, et que, de plus, celui-ci n'est pas la conséquence obligée de la présence de l'ulcère ; donc rien de surprenant que la blennorrhagie virulente puisse passer inaperçue. « Sur 304 blennorrhagies inoculées par M. Ricord, six fois on a vu l'inoculation donner lieu à un ulcère vi-

rulent ; dans ces 6 cas, la blennorrhagie a été accompagnée de bubons virulents » (M. Lavergne, thèse citée). Les observations suivantes viennent à l'appui de ce que nous avons avancé.

IVe OBSERVATION. — *Herpès vésiculeux du reflet du prépuce, adénopathie bi-inguinale légère.*

Damiens (Eugène), meunier, âgé de vingt ans, tempérament lymphatique, entre le 24 février 1852, salle 1re, lit 10, service de M. Ricord, à l'hôpital du Midi. Pas de maladie vénérienne antérieure; trois jours après un coït avec une prostituée, apparition de petites écorchures prurigineuses sur le reflet du prépuce. Jusqu'à ce jour, lotions d'extrait de saturne pour traitement; aujourd'hui, dix-neuf jours après le dernier coït, nous trouvons six petites ulcérations sur le côté gauche du reflet du prépuce; elles sont irrégulièrement arrondies, la plus grande a 5 millimètres de diamètre, la plus petite 2 ; leurs bords sont peu profonds et rosés, leur fond grisâtre donne une suppuration assez abondante : toutes sont prurigineuses. Les ganglions inguinaux superficiels sont légèrement engorgés et dolents; du pus, pris avec une lancette préalablement lavée, est inoculé au bras droit avec les précautions habituelles; les ulcères sont pansés avec lotions d'eau froide et de la charpie sèche. Les jours suivants, l'inoculation est négative. Huit jours après, le malade quitte l'hôpital après guérison parfaite.

Ve OBSERVATION. — *Chancre primitif non induré, adénite mono-ganglionnaire suppurée, virulente ; inoculation positive.*

M... (Jules), âgé de trente-six ans, domestique, entré le 17 février 1852 à l'hôpital du Midi, salle 3, lit 16. Une blennorrhagie remontant à quatre ans est la seule maladie antérieure; traitée par des capsules de copahu, elle n'a été suivie d'aucun accident. Avant-dernier coït avec une prostituée, il y a deux mois et demi environ; deux jours après, petite écorchure sur la partie latérale droite du frein ; le troisième jour, apparition d'un écoulement uréthral, qui disparaît quatre jours après l'usage du cubèbe. La petite écorchure était presque fermée au quinzième jour, lorsque à ce moment ce malade s'expose à un nouveau coït; l'ulcère s'ouvre, saigne et s'agrandit; il persiste les jours suivants. Au quinzième jour, il est cautérisé avec du nitrate d'argent; néanmoins il fait des progrès : les ganglions inguinaux deviennent sensibles des deux côtés. Après quelques jours

de repos, la douleur est localisée dans un seul ganglion au côté droit. Le malade entre à l'hôpital dans l'état suivant :

Ulcération située vers la partie latérale droite du frein ; elle est arrondie, de 5 millimètres de diamètre; ses bords sont découpés et à pic ; son fond grisâtre offre une suppuration peu abondante ; sa base est d'une dureté douteuse. Bubon mono-ganglionnaire fluctuant à la partie moyenne de l'aine, du côté droit ; rien ailleurs.

Des ponctions multiples sont pratiquées dans la tumeur, il s'en écoule un pus d'apparence phlegmoneuse, qu'on inocule à la cuisse droite du malade; les jours suivants, l'inoculation donne un résultat négatif.

Cependant, quelques jours après, nous nous apercevons que chacune des ponctions est devenue un chancre, et que ces derniers ont une tendance phagédénique. Dès lors de nouvelles inoculations sont faites, l'une à la cuisse droite avec le pus du bubon, l'autre à la cuisse gauche avec le pus du chancre. Deux jours après, les inoculations donnent deux nouveaux chancres qui, eux aussi, ont une tendance phagédénique. A cause de son état de débilité, les chancres ganglionnaires et ceux de la cuisse persistent encore pendant cinq mois. Pendant ce temps, aucun accident secondaire ne s'est montré.

Ces deux observations sont des exemples de faits qui se rencontrent à chaque instant, et qui, quelquefois, peuvent embarrasser le médecin au point de vue du diagnostic. Cette distinction difficile entre les ulcérations simples ou herpétiformes et les ulcères syphilitiques primitifs est une preuve de plus que ces derniers n'ont pas de caractère aussi tranché qu'on a bien voulu le dire. Cependant, quelle importance le diagnostic n'a-t-il pas dans cette circonstance ? Dans un cas, les soins hygiéniques suffiront à la guérison du malade ; dans l'autre, une cautérisation profonde sera nécessaire au début, soit pour empêcher l'extension de l'ulcère, soit pour la préserver de l'induration, si tant est que la chose soit possible. Les caractères tirés de l'ulcère sont donc bien souvent insuffisants ? Ceux qu'on pourra tirer des ganglions voisins ne sont pas toujours constants, bien certainement, mais fréquemment ils pourront être très-utiles. Nos observations nous montrent qu'avec les ulcères herpétiques, l'adénopathie consiste en une simple tension ou fluxion pas-

sagère, multiple, tandis qu'avec l'ulcère virulent, c'est une véritable adénite, le plus souvent mono-ganglionnaire, qui peut se terminer par un abcès et se transformer en chancre ganglionnaire.

Notre dernière observation a été un exemple remarquable des deux qualités de pus que pouvait renfermer un bubon virulent : un pus phlegmoneux périphérique qui n'a pas produit d'inoculation, un pus virulent qui a produit un chancre.

Ce serait peut-être ici le lieu de placer l'adénopathie symptomatique du chancre induré, afin de la mettre en parallèle avec les précédentes, mais nous avons préféré la laisser à une place qui convient mieux à notre cadre, sauf à faire plus loin ce parallèle.

Ulcères phagédéniques.

Les *ulcères virulents non indurés à forme phagédénique* diffèrent un peu des précédents sous le rapport de l'action qu'ils exercent sur les ganglions. « L'inflammation phagédénique, dit M. Ricord, est le plus souvent sans action sur les ganglions circonvoisins; cependant, lorsque cette action existe, le bubon concomitant ou successif au chancre phagédénique revêt lui-même cette forme » (op. cit.).

La nature du phagédénisme n'est pas encore bien déterminée. On en distingue généralement plusieurs sortes, telles que le phagédénisme gangréneux, pultacé, diphthéritique et serpigineux. La plupart de ces espèces constituent une forme inflammatoire, commune aux divers chancres que nous connaissons; cependant, suivant M. Ricord, le phagédénisme serpigineux paraît être d'une nature particulière qui a peu de rapport avec les autres variétés. Voici comment cet auteur s'exprime à ce sujet : « Les bords de ces ulcères sont ordinairement très-minces, irrégulièrement découpés, et perforés dans les endroits où il y a le plus de décollement, privés de leur tissu cellulaire de doublure, ils sont renversés, ou tout au moins affaissés sur les portions de l'ulcère qu'ils couvrent encore,

bien qu'ils puissent être quelquefois épaissis par l'œdème ou l'inflammation ; leur couleur est généralement brune, violacée comme celle de l'aréole plus ou moins diffuse qui les circonscrit.

« Leur cicatrisation ne se fait pas comme dans les autres variétés de chancres, c'est par un ou plusieurs points de centre que commence et se fait la cicatrice, tandis que l'ulcération continue à s'accroître par la circonférence ; d'autres fois les bords guérissent dans un endroit et continuent à s'étendre dans un autre, les nouvelles ulcérations laissent alors derrière elles des cicatrices qu'elles respectent plus qu'elles ne respectent les tissus encore sains.

« Dans presque tous les cas, ces chancres sont très-irritables, et sont le plus souvent accompagnés de douleurs très-vives et d'inflammation ; ils suppurent beaucoup ; leur durée est indéterminée ; ils persistent pendant des mois, des années ; j'en ai vu un qui avait duré sept ans, *et qui fournissait encore du pus inoculable !*

« Ces chancres s'accroissent et s'entretiennent non-seulement par les progrès de l'ulcération spécifique, mais aussi par des inoculations successives de proche en proche, et sans qu'il soit possible, jusqu'à présent, *d'en limiter le nombre.* Ils ne sont jamais suivis de la syphilis constitutionnelle. » (Op. cit.)

VI[e] OBSERVATION. — *Chancres phagédéniques serpigineux ; absence d'adénopathie ; accidents primitifs et secondaires récents.*

M. V..., maçon, quarante-quatre ans, couché au n° 13 de la salle 1 de l'hôpital du Midi, est entré le 16 janvier 1852. Pas d'antécédents de syphilis constitutionnelle; cependant chancre phagédénique survenu il y a quatorze ans, et dont il a été traité dans le service du D[r] Puche. (Une note communiquée par ce médecin nous donne les renseignements qui suivent.) Le chancre siégeait à la verge, où il a détruit tout le prépuce, sauf la portion attenante au frein ; il a rongé tout le bas du gland, en ne laissant absolument que la partie enveloppant le canal et le méat. Du pus de ce chancre ayant été inoculé aux faces internes des deux cuisses, il s'est produit rapidement deux énormes ulcères phagédéniques qui ont érodé assez les tissus pour donner lieu à des cicatrices déprimées

de 7 à 8 centimètres de diamètre. La suppuration de ees vastes ulcères a duré huit mois au moins. La cicatrisation s'est faite sans avoir eu recours aux préparations mercurielles. Les ganglions des régions inguinales n'ont pas eu le moindre retentissement. Depuis quatorze ans, la santé de V... avait été parfaite jusqu'au commencement du mois de novembre dernier; mais à cette époque, ayant contracté un mariage avec une femme qu'il a su depuis avoir eu une maladie semblable à la sienne, il fut atteint, pendant les premiers jours qui suivirent son union, d'une ulcération située à la lèvre supérieure. Aujourd'hui, cette ulcération, pour laquelle il entre à l'hôpital, est un chancre induré volumineux, accompagné d'accidents secondaires, tels que adénopathie sous-maxillaire, alopécie, roséole, plaques muqueuses, etc.

VII[e] OBSERVATION. — *Chancre phagédénique serpigineux; absence d'adénite.*

Urien (F.), trente-deux ans, doreur, entré le 13 avril 1852 à l'hôpital du Midi, salle 2, lit 2. Blennorrhagie il y a quatorze ans; trois mois de durée; pas d'accidents consécutifs. Quatre ans après, chancre du prépuce qui a détruit cet organe, sauf la partie attenante au frein; ce chancre s'est guéri pendant le cours d'une fièvre typhoïde, qui a eu une durée d'un mois et demi. Le malade ne se souvient pas d'avoir eu les glandes engorgées pendant la présence du chancre; pas de traitement spécifique; aucun accident vénérien jusqu'à celui qu'il accuse aujourd'hui. Il y a trois mois et demi, dernier coït avec une prostituée. Trois jours après, présence d'un petit bouton à la partie moyenne et supérieure de la rainure du gland; les jours suivants, le bouton se creuse, s'agrandit, nonobstant l'onguent mercuriel qui a été plaeé dessus. Traité dans un service spécial, tantôt par des émollients, tantôt par des eautérisations au nitrate d'argent et des pilules mereurielles, le chancre a eontinué à marcher jusqu'à ce jour. Actuellement, il nous présente l'état suivant :

Vaste ulcère situé sur la faee supérieure du gland, et en partie sur celle de la verge; il a 4 centimètres et demi de diamètre transversal, et 2 de diamètre longitudinal : ses bords sont durs, surtout du côté où ils correspondent à la cicatrisation ancienne du premier chancre; ils sont élevés et abrupts. Le fond est rose pâle, granuleux, de 4 à 5 millimètres de profondeur. Cet ulcère est le siége de douleurs lancinantes assez fortes pour causer l'insomnie; amaigrissement général, susceptibilité nerveuse extrême, pâleur des téguments; aucune trace d'engorgement des ganglions inguinaux. Du pus de cet ulcère inoculé sur le bras droit du malade produit une ulcération qui, les jours suivants, s'étend

rapidement en largeur, sans éroder en profondeur. Cette inoculation est réprimée facilement par des cautérisations. Du pus de ce même ulcère, inoculé par un médecin étranger sur lui-même, après s'être déjà infecté volontairement, donne lieu à un chancre virulent non phagédénique.

Ces deux observations sont certainement des types de chancres phagédéniques, soit par leur étendue, soit par leur gravité et leur longue durée; néanmoins nous n'avons observé aucune influence sur les ganglions voisins. Il est remarquable de voir que chaque fois qu'on inocule ces chancres sur le malade lui-même, ils en produisent d'identiques, tandis que cette identité disparaît lorsque l'inoculation a lieu sur un autre individu; l'ulcère reprend alors ses premiers caractères, il redevient simplement ulcère virulent. Ceci ne montre-t-il pas que le phagédénisme serpigineux, comme les autres espèces, tient à un état général, à une condition accidentelle propre à l'individu, qui ne peut donner à l'ulcère des caractères suffisants pour en faire une variété particulière ?

Nous venons d'étudier l'adénopathie symptomatique du chancre virulent non induré et celle du chancre phagédénique, nous verrons plus loin celle du chancre induré et celle de la diathèse syphilitique. Examinons maintenant si les accidents secondaires et tertiaires dans lesquels il existe un travail phlegmasique ont aussi une action sur les ganglions, ou si des maladies adjacentes ou intercurrentes ne pourraient pas simuler cette action.

La syphilis, dit notre savant maître, M. Ricord, est une maladie essentiellement *plastique*, il semble qu'elle soit ennemie de la suppuration. Cette idée nous paraît très-exacte. En effet, suivons la marche de la diathèse chez un sujet doué d'une bonne constitution antérieure, et voyons les désordres qu'elle produit. Le chancre initial et son adénopathie symptomatique ne sont-ils pas plastiques, durs, presque cartilagineux sous le doigt qui les touche comme avec le microscope qui y démontre du tissu fibro-plastique ? — Les pla-

ques muqueuses, les papules des syphilides, les ecthyma, les tubercules, les nodus, les sarcocèles albugineux, les périostoses, les exostoses, etc., ne sont-ils pas des produits concrets, durs, qui ne suppurent qu'autant qu'une cause accessoire vient s'ajouter à eux? Ils semblent poursuivre leur évolution comme des parasites implantés sur un individu ; ils déterminent chez lui si peu de réaction, que le plus souvent, ils ne causent aucune douleur, aucun mouvement fébrile, aucune phlegmasie lymphatique, capillaire ou veineuse, par suite, très-rarement de la suppuration. Dès lors, est-il surprenant que ces divers accidents soient absolument sans action sur les ganglions lymphatiques des régions voisines? C'est ce qu'on observe, en effet, constamment lorsque l'accident syphilitique n'est point doublé d'une affection adjuvante; mais que celle-ci existe, que, par exemple, une stomatite mercurielle vienne s'adjoindre à des papules muqueuses situées sur les lèvres, la langue, les amygdales, les piliers et le voile du palais, qu'une balano-posthite accompagne un chancre du gland, du fourreau ou de l'urèthre, ou bien encore que la diathèse syphilitique produise ses manifestations en même temps que celles de la scrofule, alors dans ces sortes d'état complexes on trouvera des adénopathies symptomatiques de l'affection adjuvante, mais n'ayant rien de commun avec la cause syphilitique.

VIII[e] OBSERVATION. — *Érythème tonsillaire, plaques muqueuses labiales et linguales, absence d'adénopathie symptomatique.*

Brice (Alexandre), vingt-cinq ans, cloutier, entré le 6 avril 1852, salle 1, lit 6, de l'hôpital du Midi. Ce malade a deux cicatrices chancreuses au reflet du prépuce ; elles remontent à cinq mois. Absence d'induration ; adénopathie bi-inguinale multiple et indolente, qui remonte à l'époque des chancres; roséole confluente ; adénopathie cervicale; papules granulées des ailes du nez ; plaques muqueuses hypertrophiques aux commissures labiales et sur la face interne de la lèvre inférieure, où elles sont blanches, légèrement saillantes, et forment deux demi-cercles concentriques; la même disposition existe sur la muqueuse buccale de la joue droite. Érythème des deux amygdales et du voile du palais. Sur la langue, se voient six taches arrondies, disséminées, d'un blanc mat, la plus

grande a 6 millimètres de diamètre, la plus petite 3; à cet endroit, les papilles sont racourcies et enveloppées d'un étui blanchâtre folliculeux. Ces deux caractères donnent à ces plaques un aspect qui tranche sur la surface tomenteuse et rosée de la muqueuse. *Aucune trace d'adénopathie sous-maxillaire.*

Cette observation est caractéristique. Il n'est guère possible de voir une stomatite syphilitique plus étendue et plus intense; cependant pas le moindre engorgement ganglionnaire symptomatique!

IXe OBSERVATION. — *Accidents secondaires, papules muqueuses gutturales, adénopathie nulle, stomatite mercurielle, adénopathie symptomatique.*

B. (François), vingt-quatre ans, fumiste, entré le 12 mars 1852 à l'hôpital du Midi, salle 1, lit 3. Ce malade s'est exposé à l'infection il y a trois mois. Quatre à cinq jours après, il reconnaît deux ulcères situés sur le reflet du prépuce; vingt ou trente jours ensuite, il se présente à la consultation de l'hôpital, où nous diagnostiquons deux chancres indurés avec leur adénopathie symptomatique. Malgré l'absence des accidents secondaires, un traitement général spécifique est institué. Malheureusement pour le malade, ce traitement n'est suivi que pendant quinze ou vingt jours; aussi nous revient-il un mois après avec des accidents secondaires, nombreux, parmi lesquels se trouvent un érythème guttural prononcé, des papules muqueuses sur les amygdales, les piliers antérieurs, la langue, les commissures labiales et les ailes du nez; néanmoins absence totale d'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire. Ce malade, admis à l'hôpital, prend par jour 2 pilules de proto-iodore de 5 centig. chacune. Placé à côté de la porte d'entrée et exposé au froid, une tuméfaction des gencives avec salivation des plus abondantes se déclare au huitième jour du traitement; en même temps, large ulcération gengivale enveloppant les deux dernières molaires inferieures, puis engorgement considérable des glandes sous-maxillaires qui sont sensibles à la moindre pression. La suspension du traitement et l'acide chlorhydrique viennent facilement à bout de cette stomatite accidentelle, en même temps, les glandes cessent d'être douloureuses, elles restent seulement un peu engorgées pendant quelque temps.

Xe OBSERVATION. — *Tubercule ulcéré de la langue, glossite intercurrente, adénite symptomatique.*

M. X..., officier d'infanterie, vingt-trois ans, constitution lymphatique, se

présente le 30 mars 1852 à la consultation de l'hôpital du Midi. Les antécédents démontrent un chancre primitif induré remontant à quatre années : traitement syphilitique sagement administré et suivi; accidents secondaires tardis, consistant, il ya trois ans, en un sarcocèle vénérien, puis, l'an dernier, en une exostose costale. Enfin, le mois précédent, tumeur de la grosseur d'une petite noix, située à la partie inférieure de la pointe de la langue, évacuation spontanée du pus, vaste ulcération consécutive qui produit une large échancrure. A cette période de la maladie, aucun engorgement des ganglions sous-maxillaires ; mais quelques jours ensuite, sans cause appréciable, la langue devient rouge, douloureuse, la déglutition et tout mouvement sont presque impossibles, réaction fébrile générale; les ganglions sous-maxillaires deviennent douloureux, ils forment bientôt un chapelet autour du maxillaire inférieur. Après un septénaire environ, l'inflammation tombe d'elle-même, en même temps les ganglions s'affaissent, deviennent indolents, et peu à peu reprennent leur volume ; l'ulcère a marché dans le même sens, il est en voie de cicatrisation.

Nous ne terminerions pas si nous voulions citer des exemples d'adénopathies symptomatiques d'affections annexées aux accidents de la syphilis, tant ces exemples sont nombreux; qu'il nous suffise d'indiquer les piqûres ou écorchures des extrémités des membres, les excès de marche, de fatigue, etc., les irritations et les phlegmasies de la muqueuse buccale si souvent occasionnées par les maladies des dents, des gencives, l'usage de la pipe, les angines, etc. Enfin terminons par la présence de la diathèse scrofuleuse, sorte de doublure de la syphilis qu'on rencontre si fréquemment avec elle, qu'on les a prises souvent l'une pour l'autre. Il n'est pas besoin de dire combien cette erreur peut être regrettable, puisque leur thérapeutique est diamétralement opposée; aussi nous allons faire tous nos efforts pour chercher à établir cette importante distinction.

Adénopathie scrofuleuse inflammatoire.

Il est assez difficile de préciser là où finit le tempéramment lymphatique, là où commence la constitution scrufuleuse; comme les

affections ganglionnaires ont été considérées, à tort ou à raison, comme un des signes de la scrofule, il s'ensuit qu'on a placé sous la dépendance de cette cause beaucoup d'adénites qui ne lui appartiennent pas. Quoi qu'il en soit, nous considérerons comme telles les adénites qui sont liées à des phénomènes généraux appartenant à la scrofule, et des phénomènes locaux qui leur sont propres et les distinguent des autres adénites.

L'adénopathie scrofuleuse reconnaît le plus souvent des causes externes qui agissent directement sur les ganglions : telles sont les contusions, les plaies, la fatigue des membres produite par la marche prolongée et l'équitation, l'irritation causée par le manque de soins hygiéniques ou par une mauvaise conformation de vêtements (col des militaires), etc.; tantôt indirectement par continuité de tissu de l'extérieur à l'intérieur, telles sont les écorchures, les plaies de la peau, surtout les piqûres faites avec des instruments malpropres (piqûres anatomiques, piqûres des bouchers, etc.).

Les phénomènes observés dans ces adénopathies sont ceux des phlegmasies; ils sont aigus ou chroniques; de là deux variétés : l'adénite strumeuse aiguë et l'adénite strumeuse chronique.

« La première est annoncée par l'apparition d'une ou plusieurs tumeurs multiples que leurs formes arrondies, leur consistance ferme, leur siége, leur légère adhérence à la peau et aux parties voisines font reconnaître pour des ganglions engorgés; à ce signe, qui est constant, et peut exister seul dans les cas les plus simples, vient se joindre une douleur faible d'abord, puis graduellement plus vive et enfin extrêmement aiguë et lancinante lorsque l'engorgement devient très-considérable. Dans ce cas, le tissu cellulaire environnant participe à l'inflammation et se tuméfie; toute la région est rouge, chaude, tendue, ou bien la phlegmasie se limite à une petite surface, si un ou deux ganglions seulement sont affectés. La période d'induration a une durée variable d'un à deux septenaires. Si la phlegmasie persiste, les douleurs deviennent plus franchement lancinantes; la rougeur est plus vive, le toucher ne fait plus constater la présence

d'un corps dur et mobile, mais un noyau d'engorgement adhérent à la peau et aux parties profondes offre en quelques points une consistance pâteuse ; un peu plus tard il fait reconnaître, au sommet de l'engorgement, un point dépressible qui présente une résistance particulière et indique, au centre du ganglion, une collection purulente. La fluctuation devient de plus en plus manifeste, les téguments s'amincissent en prenant une coloration bleuâtre et s'ouvrent enfin pour donner issue à du pus. La qualité de ce dernier varie suivant que l'inflammation s'est maintenue à la glande ou s'est étendue au tissu cellulaire ambiant ; dans le premier cas, la solution de continuité est adhérente aux ganglions, les lèvres sont proéminantes et renversées en sens contraire, le liquide cesse peu à peu d'être purulent pour devenir simplement séreux ; la cicatrice est lente à se faire, mais elle est peu apparente. Dans le second cas, les téguments sont décollés ; les bords de la solution de continuité sont flottants, bleuâtres, plus ou moins amincis, et menacés d'une gangrène partielle ; la cicatrisation est souvent plus rapide, mais beaucoup plus apparente.

L'adénite chronique, qui constitue quelquefois un mode de terminaison de l'adénite aiguë, se montre le plus souvent primitivement ; l'inflammation débute d'une manière sourde par la tuméfaction des ganglions superficiels et profonds ; ces engorgements chroniques sont durs, peu douloureux ; la peau qui les recouvre tantôt conserve ses propriétés, tantôt devient adhérente et prend une coloration brunâtre particulière (Nélaton, *Eléments de pathologie chirurgicale,* page 558).

Les ganglions engorgés ont de la tendance à se réunir, à se souder pour former une tumeur solide, bosselée, s'étendant profondément dans la région. Cette forme d'adénite se termine rarement par résolution ; le plus souvent, sous l'influence d'une cause adjuvante, elle prend la forme aiguë et suppure ; dans ce cas, il peut arriver que l'ouverture naturelle ou artificielle de l'abcès glandulaire se convertisse en un ulcère dont l'aspect est frappant de ressemblance avec

l'ulcère virulent ganglionnaire. Le fond gris, les bords arrondis, découpés, renversés, abruts, etc., tout y est; c'est à s'y méprendre et c'est ce qui arrive en effet fréquemment. Mais nous observerons que l'ulcère virulent est ordinairement inoculable, que son adénopathie symptomatique est superficielle au lieu de s'étendre profondément, qu'elle n'atteint qu'un très-petit nombre de ganglions et même, le plus souvent, un seul.

L'adénopathie strumeuse de l'aine paraît se développer de la profondeur de la fosse iliaque à la superficie de la région; elle est habituellement inaperçue jusqu'à ce qu'elle devienne superficielle. Alors, à ce moment, elle prend une forme aiguë sous l'influence des causes les plus variées, telles que des excès de marche, la fatigue, une écorchure du pied, une balano-posthite, une blennorrhagie, des ulcérations herpétiques, des chancres non indurés et des chancres indurés.

Ainsi nous voyons que les deux sortes d'ulcères syphilitiques primitifs peuvent se rencontrer avec cette adénopathie. Cet état complexe est très-rare, néanmoins on le rencontre assez souvent pour qu'il ait pu faire croire que les caractères que présentait cette sorte d'adénopathie appartenaient exclusivement à la syphilis.

Ces distinctions étiologiques des adénopathies scrofuleuses nous montrent comment il se fait que M. Desruelles,dans son savant traité des maladies vénériennes, a pu diviser l'adénite syphilitique en adénite superficielle et en adénite profonde ; cet auteur a évidemment attribué à la cause syphilitique l'adénopathie strumeuse qui lui sert quelquefois de doublure.

Si on faisait une distinction de siége dans les adénopathies de la région de l'aine, ne serait-il pas préférable de les diviser, suivant l'idée de M. Ricord, en adénopathies intra-pelviennes et extra-pelviennes, les premières appartenant particulièrement à la scrofule, les secondes accessibles à toute espèce de causes? Que dire de cette distinction si subtile établie dans un mémoire récent sur les adénopathies essentielles par M. Ph. Bérard (Strasbourg, 1852) : « L'adénite

strumeuse, dit l'auteur, affecte de préférence les glandes inférieures et externes du triangle sous-inguinal; l'adénite vénérienne siége au milieu ou un peu au-dessous du pli inguinal. »

XIe OBSERVATION. — *Adénite aiguë strumeuse, engorgement profond de la fosse iliaque, suppuration.*

C... (Jules), vingt-deux ans, limonadier, entre le 26 mars, salle 1, lit 7, à l'hôpital du Midi. Sa constitution est légèrement lymphatique; il a eu une glande sous-maxillaire suppurée à dix-huit ans. Première blennorrhagie il y a cinq ans, deux mois de durée; guérison par le cubèbe. Il y a quatre ans, chancre du fourreau qui a laissé une cicatrice blanche très-visible : deux mois de durée; il ne se souvient pas avoir remarqué de dureté à l'endroit du chancre. Pas de bubons, pas d'accidents consécutifs, et cependant aucun traitement spécifique ni autre. Dernier coït il y a huit jours; à la même époque, fatigue excessive occasionnée par une marche prolongée; pas d'écorchures, pas d'ulcération ni d'écoulement blennorrhagique. Cinq à six jours après, il sent de la douleur et du gonflement dans les glandes de l'aine du côté droit; néanmoins il continue à marcher à cause de ses occupations. Aujourd'hui, la région iléo-crurale est tuméfiée, rouge, tendue; la pression y est extrêmement douloureuse, on y sent une dureté profonde, bosselée, volumineuse, débordant la fosse iliaque et s'y étendant profondément; léger mouvement fébrile; rien ailleurs. — Orge miellé, 20 sangsues, cataplasmes eau de Sedlitz, 1 bouteille.

Le 30 mars. Fluctuation superficielle, ponctions multiples, évacuation d'une certaine quantité de pus louable.

Le 2 avril. Affaiblissement marqué de la tumeur; suppuration séro-purulente.

Le 15 avril. Sortie du malade en voie de guérison.

XIIe OBSERVATION. — *Chancres indurés multiples, balano-posthite consécutive, adénopathie iléo-inguinale suppurée, accidents secondaires.*

Desvignes (Pierre), vingt-neuf ans, carrier, entre le 2 mars 1852, salle 1, lit 17, à l'hôpital du Midi. Quoique d'une complexion robuste, ses antécédents indiquent une constitution lymphatique (abcès au cou, croûtes dans les cheveux, et glandes dans son enfance); aucune maladie vénérienne antérieure à celle-ci. Dernier coït avec une prostituée remontant à treize jours; quatre jours après, présence de plusieurs chancres sur le reflet du prépuce. Aujourd'hui,

treizième jour, phimosis commençant; dix chancres, dont le plus grand a 5 mill. de diamètre, sont situés sur le reflet, le frein et le cul-de-sac du prépuce; un seul siége sur la couronne du gland. Leur base est noyée dans un tissu tuméfié enflammé par la balano-posthite consécutive; les ganglions inguinaux sont engorgés des deux côtés, mais surtout à gauche, où ils sont un peu douloureux; pas de manifestations secondaires. — Traitement expectant.

Le 12 mars. Marche très-lente de la réparation des chancres, balano-posthite persistante, adénopathie plus volumineuse et plus douloureuse. — Traitement *ut supra*.

Le 10 avril. Lymphite dorsale œdémateuse du fourreau, balano-posthite. Deux ganglions superficiels de l'aine gauche sont suppurés; on les ouvre par deux ponctions. Au-dessous d'eux, on sent une tumeur ganglionnaire bosselée qui s'étend dans la fosse iliaque et la déborde vers l'arcade; à droite, les ganglions sont durs, isolés et indolents, à part les profonds qui présentent à peu près les mêmes caractères que ceux du côté opposé. — Inoculation du pus ganglionnaire.

Le 18 avril. L'inoculation est négative. Les deux ponctions ne se sont pas elles-mêmes inoculées; la suppuration a cessé, et les deux plaies sont fermées; les ganglions superficiels sont isolés, durs et volumineux. La balano-posthite est moins intense; le prépuce peut être relevé plus facilement, et laisse sentir quatre noyaux d'induration des plus marqués, correspondant aux quatre chancres. — Traitement *ut supra*.

Le 1er mai. Apparition des premiers accidents secondaires, adénopathie cervicale, exanthème roséolique confluent sur le tronc et disséminé sur les membres. — Traitement spécifique, 2 pil. merc. de 5 cent. chaque.

Ce malade est un exemple bien remarquable de diathèse syphilitique unie à la diathèse scrofuleuse. Chez lui, la balano-posthite a été la cause de la suppuration des ganglions de l'aine; suppuration assez rare avec la présence des chancres indurés pour que nous ne l'ayons rencontrée que deux fois, sur dix à douze mille malades que nous avons pu voir à l'hôpital du Midi. Dans ces deux cas, la diathèse scrofuleuse était antérieure. Ces faits ne sont donc pas de véritables exceptions à cette loi qui veut que l'adénopathie du chancre induré ne suppure jamais.

Bubons d'emblée.

L'adénopathie strumeuse suppurée est une de celles qui ont le plus fourni à cette classe d'adénite suppurée qu'on a appelée *bubon d'emblée*. Aussi, pour cette raison, allons-nous en faire l'analyse, voir si elle est démontrée, ou si elle ne serait pas plutôt symptomatique de diverses lésions à la source desquelles on peut remonter le plus souvent.

« Les bubons d'emblée, dit M. Ricord, sont, pour les auteurs qui les admettent, ceux qui n'ont pour antécédent que des rapports sexuels, sans aucune trace d'accidents primitifs.

« On a supposé que les bubons d'emblée étaient dus à l'absorption du pus virulent déposé sur une surface saine, comme l'admettent Hunter et un assez grand nombre de syphilographes, mais cette supposition est tout à la fois gratuite et ne repose sur aucun fait.

« Dans aucun cas de bubon dit d'emblée, il n'a été possible d'obtenir du pus inoculable, et jamais, dans ces circonstances, je n'ai vu survenir les accidents de la vérole constitutionnelle.

« Ces bubons sont ou des phénomènes accidentels de pure coïncidence et dus à d'autres causes, ou simplement, dans certaines conditions, le fait d'un retentissement lymphatique, à la suite de l'irritation des absorbants pendant des rapports sexuels, comme à la suite de toute autre excitation sans spécificité. (Op. cit., p. 520.)

Le mot bubon est une expression très-impropre; néanmoins, comme la tradition médicale l'a portée jusqu'à nous et qu'elle est employée journellement, on peut la conserver; mais alors il est de toute nécessité de lui assigner une juste signification. Réduit à son sens propre, le mot bubon est un abcès glandulaire de la région inguino-crurale; or, comme ces abcès peuvent être le résultat de causes morbides variées, on doit nécessairement admettre des bubons inflammatoires simples, des bubons strumeux, des bubons

virulents, etc. Si, au contraire, on confond sous le nom de bubon toutes ces variétés d'abcès glandulaires, pour peu qu'on vienne à ignorer leur cause occasionnelle ou déterminante et qu'on ait un soupçon d'infection syphilitique chez le malade, on en fera aussitôt des bubons d'emblée,

C'est ainsi que des *bubons strumeux* ont pu être pris pour tels : sous l'influence de la diathèse strumeuse, on sait que la moindre cause occasionnellle, comme la fatigue des membres inférieurs, une écorchure inaperçue, l'irritation, l'excitation des organes génitaux, peut être le point de départ d'une adénite de l'aine. Dans toute autre région, cette adénite suppurée serait considérée comme un simple abcès ganglionnaire, mais dans le voisinage des organes génitaux, ce doit être un bubon syphilitique, et cela avec une apparence de vérité d'autant plus grande qu'on a pu trouver, comme antécédent, la circonstance d'un coït suspect. Or, comme on ne peut remonter à une blennorrhagie ni à un chancre, le bubon est alors dit *d'emblée.*

XIIIe OBSERVATION. — *Adénite strumeuse aiguë de l'aine prise pour un bubon d'emblée, passage à l'état chronique ; guérison.*

M. G... (Valère), vingt-huit ans, commis, constitution robuste, un peu lymphatique, a joui jusqu'à ce jour d'une bonne santé, à part une blennorrhagie survenue il y a six ans, qui a duré un mois et demi, et s'est terminée sans bubon ni épididymite. Au mois de novembre dernier, apparition de deux glandes dans l'aine gauche, huit jours après un coït et une grande fatigue occasionnée par une marche prolongée; pas de trace de la moindre écorchure à la verge ni au membre correspondant. Les jours suivants, les glandes augmentent de volume, deviennent rouges à la surface de la peau, et se réunissent pour former une tumeur qui s'abcède et s'ouvre spontanément après une quinzaine de jours. Cependant le malade continue à marcher comme d'habitude ; il se panse seulement avec du cérat. Après une quinzaine jours, il remarque que l'ouverture de l'abcès ne tend point à se fermer, les bords sont durs, bleuâtres, son fond produit une suppuration assez abondante. M. G... va consulter un médecin, qui considère sa maladie comme syphilitique, lui ordonne 1 pilule de proto-iodure

de mercure de 1 centigramme par jour, de l'iodure de potassium, et des cautérisations tous les deux jours avec le nitrate acide de mercure. Ce traitement est continué avec persistance jusqu'au 25 février 1852, époque à laquelle il se présente à l'hôpital du Midi, chambre 15, dans l'état suivant : la région inguinale gauche est volumineuse et bosselée ; à son centre, existe un ulcère à forme irrégulièrement elliptique, dans le sens de l'arcade de Fallope ; il a 5 centimètres de longueur sur 3 de large, ses bords sont irréguliers et aplatis, d'une couleur rouge brune ; sur le fond, se détache une petite tumeur arrondie qui n'est autre chose qu'un ganglion disséqué par la suppuration, celle-ci est séro-purulente peu abondante. Autour et au-dessus de l'ulcère, on sent un engorgement ganglionnaire profond qui s'étend jusqu'à la fosse iliaque : santé générale bonne, rien du côté de la poitrine ni aux autres ganglions du système lymphatique. — Tisane de feuilles de noyer avec addition de sirop de gentiane, 30 grammes ; huile iodée de Personne, 30 grammes ; solution iodée en topique.

Ce malade sort parfaitement guéri le 15 mars, vingt jours après son entrée.

Le *bubon virulent* peut, lui aussi, être pris pour un bubon d'emblée ; cela se conçoit, le siége des ulcères virulents est quelquefois si difficile à observer qu'ils doivent passer fréquemment inaperçus ; pour preuve, nous n'avons qu'à citer les chancres de la muqueuse anale qui peuvent se rencontrer jusqu'au sphincter interne sans que le médecin en ait soupçonné l'existence ; les chancres des organes génitaux de la femme, si difficiles à constater, enfin ceux de l'urèthre, lorsqu'ils sont dissimulés par une blennorrhagie co-existante. Ajoutons encore que ces ulcères peuvent être guéris avant l'entière formation du bubon, et qu'ils ont pu rester inconnus aux yeux du médecin comme à ceux du malade.

XIVe OBSERVATION. — *Chancre ano-périnéal non induré, bubon suppuré du pli génito-crural droit.*

L... (Isidore), trente-quatre ans, garçon limonadier, constitution lymphatique, entre le 4 mai 1852, salle 2, lit 7, de l'hôpital du Midi. Il y a un mois environ, ce malade eut, suivant son habitude, des rapports *præ postera a venere.* Il sentit, les jours suivants, une écorchure à l'anus ; huit jours après, suivant l'avis du médecin, il pansa l'ulcération avec de la poudre de calomel ; néanmoins

les glandes des deux aines devinrent bientôt volumineuses, douloureuses, et l'obligèrent à entrer à l'hôpital. Aujourd'hui, 4 mai, nous constatons l'état suivant : anus en infondibulum ; sur sa marge, dans la portion qui touche au périnée, petit ulcère d'un centimètre de diamètre reposant sur une base saillante ; son fond est grisâtre, ses bords sont rouges, élevés, taillés à pic, rougeur environnante ; ganglions légèrement tendus et douloureux dans la moitié inférieure de l'arcade du côté droit ; à gauche, tension moindre. Les jours suivants, la région inguinale droite devient plus douloureuse, rouge ; un ganglion plus volumineux que les autres présente de la fluctuation ; il est ouvert avec le bistouri.

Évidemment, si par une raison quelconque, la présence de l'ulcère virulent avait été inconnue, le bubon aurait pu passer pour un bubon d'emblée. Or, dans la clientèle privée, lorsque tant d'obstacles viennent détourner la vérité des yeux du médecin non spécialiste, combien de fois le siége des ulcères ne doit-il pas être méconnu ?

Nous ne voulons pas terminer cette partie de notre travail qui a rapport aux adénopathies de causes inflammatoires, sans constater le fait suivant qui a une valeur diagnostique importante : *les ulcérations situées sur la cuisse et le bras, sauf le chancre induré, quelles que soient leur nature et leur dimension en tous sens, n'ont aucune action sur les ganglions voisins.* Ce fait, signalé pour la première fois par M. Ricord, est aussi bizarre qu'il est constant. En effet, les lymphatiques de la cuisse, surtout ceux qui siégent à la partie antéro-interne, sont si multiplés, qu'on ne peut comprendre qu'une phlegmasie puisse se rencontrer en ce point sans les enflammer ou affecter leurs ganglions. On a voulu expliquer le fait en disant que ces ulcères n'atteignaient pas la couche profonde des lymphatiques ; mais, outre que certains ulcères atteignent cette couche et la dépassent même, l'épaisseur du derme n'est-elle pas remplie de lymphatiques qui se rendent aux ganglions, et les enflamment lorsque la moindre écorchure se trouve aux extrémités des membres ? Le furoncle seul nous a paru faire exception à cette règle.

Nous avons vu, un grand nombre de fois, des inoculations pratit

quées soit à la face extérieure du bras, soit à la face antéro-interne de la cuisse, déterminer des chancres non indurés, de dimensions variables, sans que nous ayons pu constater le moindre développement des ganglions cruraux ou inguinaux. M. Ricord, dans sa pratique si étendue, n'en a jamais rencontré un seul exemple. Tout récemment encore, nous avons vu, dans le service de M. Puche, une inoculation causer un large ulcère gangréneux sur la cuisse, sans que les ganglions aient été le moins du monde influencés. Voici cette observation, qui nous a été communiquée par notre collègue, M. Boscredon :

XVe OBSERVATION. — *Balano-posthite ulcéreuse, inoculation à la cuisse gauche, ulcère gangréneux, absence d'adénopathie symptomatique.*

M... (Édouard), dix-huit ans, professeur, constitution lymphatique, entre le 18 février 1852, salle 8, lit 4, de l'hôpital du Midi, service de M. Puche. Pas de maladies syphilitiques antérieures, dernier coït avec une prostituée, il y a quinze jours. Depuis deux jours, sensation de chaleur prurigineuse à la surface du gland et du prépuce; léger suintement. Aujourd'hui, nous constatons la présence de trois petites ulcérations, situées à la base du gland, de chaque côté du frein; elles sont superficielles, non déprimées, sans base indurée; rien aux ganglions inguinaux. Une inoculation est faite, à la partie interne et moyenne de la cuisse gauche, avec du pus de la balano-posthite, pris avec la pointe d'une lancette préalablement lavée; des verres de montre sont appliqués sur l'inoculation.

Le 19. Pustule de la grosseur d'un petit pois vert, d'un rouge vineux.

Le 20. La petite pustule s'est aplatie; mais elle s'est étendue, et offre la dimension d'une pièce de 50 centimes.

Le 22. Large eschare, grande comme une pièce de 5 fr., et recouverte d'une pellicule épidermique; sous cette pellicule, existent quelques gouttes d'un liquide noirâtre, qui exhale une légère odeur de gangrène. Autour de l'eschare, on voit une aréole rouge, tuméfiée, douloureuse; cette eschare paraît limitée. Légère réaction fébrile, sans frissons, ni vomissements, ni diarrhée. — Cataplasmes.

Le 23. Chute partielle de l'eschare; couleur rosée de l'ulcère, inflammation moindre des tissus environnants, rien aux ganglions inguinaux cruraux; la balano-posthite est terminée, toutes les ulcérations ont disparu sans laisser

d'induration. — 10 centigrammes d'émétique en potion, poudre de charbon sur l'ulcère.

Le 25. Chute complète de l'eschare; plaie en voie de réparation, forme circulaire, déprimée, à bords saillants, plus grande qu'une pièce de 5 fr., à fond rosé, purulent.

Le 7 mars. Cicatrisation à peu près complète, sans induration autour, sans engorgement ganglionnaire. Le malade nous déclare que la moindre plaie, chez lui, suppure aisément, et reste extrêmement longtemps à se fermer.

Chez ce malade, outre l'intérêt que nous a présenté le fait d'un ulcère gangréneux causé par une inoculation du pus de balano-posthite ulcérée, nous avons été surpris de voir l'innocuité de cet ulcère sur les ganglions voisins. On pourrait objecter que, dans ce cas, l'ulcère avait détruit le derme au delà de la couche lymphatique, soit; mais ses bords n'étant pas encore cicatrisés, les bouches des vaisseaux divisés devaient, ce nous semble, s'enflammer ou propager l'inflammation aux ganglions.

CHAPITRE II.

ADÉNOPATHIES NON INFLAMMATOIRES.

Les adénopathies non inflammatoires sont caractérisées par la présence d'un élément de formation nouvelle dans le parenchyme de la glande, élément qui, en général, se trouve être de la même nature que celui qu'on rencontre dans la lésion pathologique initiale: telles sont les adénopathies de la syphilis constitutionnelle, des cancers, de la tuberculisation, de la mélanose, etc., adénopathies qui le plus souvent sont symptomatiques de ces différentes maladies, mais qui quelquefois peuvent être idiopathiques, comme les adénopathies tuberculeuses, crétacées, mélaniques, etc.

Les adénopathies symptomatiques non inflammatoires peuvent être précoces ou primitives, tardives ou secondaires. Nous allons exami-

ner successivement les signes diagnostiques que fournissent ces deux classes.

1re CLASSE. — Adénopathies précoces ou primitives.

Le chancre induré et son adénopathie symptomatique constituent la première manifestation de la syphilis constitutionnelle. Ces deux phénomènes sont tellement liés dans leur évolution, qu'ils forment à eux deux un tout dont les deux moitiés sont solidaires et complémentaires l'une de l'autre. Ceci est tellement frappant, que nous nous sommes demandé pourquoi on ne les regarderait pas tous les deux comme l'accident primitif de la diathèse syphilitique. Quoi qu'il en soit, l'adénopathie syphilitique précoce présente des caractères propres qui ont la valeur la plus grande lorsqu'il s'agit de diagnostiquer les ulcères primitifs. Ces caractères consistent dans un développement insolite des ganglions situés dans l'atmosphère lymphatique du chancre induré ; ces organes forment des petites tumeurs multiples superficielles, d'un volume variable, d'une dureté particulière, et le plus souvent indolentes. Elles sont mobiles et isolées les unes des autres, par suite, libres de toute adhérence entre elles ou avec les tissus voisins ; leur siége est en rapport anatomique avec celui des ulcères indurés ; nous en avons parlé précédemment, nous n'y reviendrons pas ; leur marche est aussi celle de ces ulcères. Chaque fois que nous avons pu assister à l'évolution de ces derniers, nous avons vu l'adénopathie apparaître avec eux et suivre leur évolution, à moins que le sujet n'ait eu une prédisposition strumeuse, auquel cas les ganglions peuvent rester durs, volumineux, ou bien se compliquer d'adénites pouvant aller jusqu'à la suppuration, comme l'observation 12 nous en a montré un exemple. Dans ces cas extrêmement rares, la suppuration est toujours accidentelle, non spécifique, et n'empêche point l'infection constitutionnelle d'être fatale.

Voici différents exemples d'adénopathie syphilitique précoce ou primitive.

XVI[e] OBSERVATION. — *Chancre induré du gland, adénopathie bi-inguinale, syphilis constitutionnelle.*

Bertont (Christian), vingt et un ans, tonnelier, entre le 20 février 1852, salle 2, lit 9, de l'hôpital du Midi. Ce malade est exempt de toute maladie vénérienne antérieure. Dernier coït avec une prostituée, datant de trois semaines; le lendemain, apparition d'une petite écorchure à gauche du frein; elle est presque indolente les premiers jours, mais peu après elle prend des dimensions plus grandes en même temps qu'il survient des glandes dans les deux aines: pas de traitement jusqu'à ce jour. A l'entrée du malade, nous constatons un ulcère situé immédiatement à gauche du frein, dans le cul-de-sac préputial; il est irrégulièrement arrondi, et présente 4 à 5 millimètres de diamètre; ses bords sont plats, son fond est légèrement déprimé; il a une coloration assez rosée, avec un pointillé bourgeonnant qui indique un travail de réparation; il repose sur une base indurée qui le déborde; cette induration donne au toucher une sensation élastique particulière et caractéristique; pas d'inflammation circonvoisine. A la partie moyenne des deux aines, on remarque de chaque côté quatre ou cinq ganglions superficiels engorgés, durs, mobiles et isolés les uns des autres. Leur développement s'est fait comme progressivement et à l'insu du malade; aucune autre manifestation secondaire n'existe actuellement. — Traitement expectant.

Le 10 mars. Apparition d'une syphilide exanthématique générale (roséole); le chancre se cicatrise, mais il présente encore une base d'induration de 5 à 6 millimètres d'étendue; les ganglions inguinaux sont encore volumineux; ceux des autres régions, qui n'avaient rien de particulier lors de l'entrée du malade, offrent aujourd'hui un engorgement indolent bien manifeste; tels sont les ganglions cervicaux postérieurs, les latéraux du cou des deux côtés et ceux des aisselles; nulle autre manifestation. — Tisane amère, 2 pilules de proto-iodure de mercure de 5 centigrammes chaque.

Le 15 avril. Disparition partielle de l'induration; les ganglions inguinaux sont en partie revenus à leur état normal. Plus de trace de la syphilis, à part quelques macules; léger engorgement persistant des ganglions que nous avons signalé plus haut. Le malade quite le service.

XVII[e] OBSERVATION. — *Chancre induré de la partie inférieure latérale droite de la langue; adénopathie sous-maxillaire et cervicale latérale droite; syphilis constitutionnelle.*

V... (Antoine), quarante ans, dessinateur, entre le 30 janvier 1852, salle 4,

lit 16, de l'hôpital du Midi. Première blennorrhagie en 1833, écoulement abondant de deux mois de durée, guéri par le cubèbe et les injections astringentes. En 1844, seconde blennorrhagie très-intense, trois à quatre mois de durée, même traitement; pas d'accidents consécutifs à ces deux écoulements; santé parfaite jusqu'au mois de décembre 1851. A cette époque, orgie avec des prostituées, près desquelles il s'expose à avoir mal à la bouche. Cinq à six jours après, il aperçoit sous la face inférieure de la langue, dans la moitié droite, une peau blanche semblable à un aphthe; le lendemain, un petit ulcère existait à cette place; enfin, huit jours après, une glande volumineuse se montrait sur la partie moyenne et latérale droite du cou. L'ulcère et les glandes ayant augmenté beaucoup, le malade se présente à l'hôpital dans l'état suivant:

Ulcération à la partie inférieure droite de la langue, de 15 millimètres de longueur sur 9 de large; elle est saillante, à base dure et à la période de réparation; son fond est grisâtre et ses bords aplatis. Sous le côté droit du maxillaire, existent deux glandes peu volumineuses, mais distinctes et dures; à la partie moyenne du sterno-mastoïdien, une autre glande du volume d'un petit œuf, allongée, dure et indolente; rien ailleurs. — Traitement expectant.

Le 3 février. Inoculation au bras droit avec le pus du chancre; l'inoculation est sans résultat les jours suivants.

Le 14. Apparition d'une roséole bien caratérisée; engorgement des glandes cervicales postérieures; croûtes dans les cheveux. — 2 pilules de proto-iodure de 5 centigr. chaque.

XVIII[e] OBSERVATION. — *Chancres indurés labiaux, adénopathie sous-maxillaire, syphilis constitutionnelle.*

G... (François), quarante-trois ans, marchand de vin, entre dans le service le 3 février 1852; il est couché à la salle 1, lit 3, de l'hôpital du Midi. Sa constitution est sanguine et robuste. Deux blennorrhagies antérieures dans un espace de dix ans; jamais d'accidents consécutifs. Il y a trois mois, ce malade s'expose à prendre du mal à la bouche avec une femme suspecte; quinze jours après, apparition d'un bouton à la face interne de la lèvre inférieure. Ce bouton a grossi rapidement; il est devenu dur, ainsi que les ganglions sous-maxillaires. Pas de traitement. A l'arrivée du malade, nous constatons un chancre induré, situé à la partie moyenne de chaque lèvre : ces deux chancres se correspondent. Ils sont durs, volumineux, en voie de réparation. Engorgement, du volume de petites noix, des ganglions sous-maxillaires, latéraux et géniens; ganglions volumineux sur le sterno-mastoïdien. Syphilide papulo-squameuse générale, furfuracée

dans certains points; érythème guttural; alopécie. — Tisane amère, 2 pilules de proto-iodure de mercure de 5 centigr. chaque.

XIXe OBSERVATION. — *Chancre induré de l'urèthre, adénopathie bi-inguinale, blennorrhée symptomatique, syphilis constitutionnelle.*

Charpentier (Joseph), vingt-neuf ans, tabletier, entre le 23 janvier 1852, à la salle 4, lit 14, de l'hôpital du Midi. Pas de maladies vénériennes antérieures. Il y a deux mois, dernier coït avec une prostituée; dix à douze jours après, gêne dans la miction, sensation de douleur dans la région balanique de l'urèthre; écoulement blanchâtre, épais, quelquefois sanguinolent, peu abondant, sortant plus souvent par la pression du gland que spontanément. Traité sans succès par le cubèbe, le malade se présente à la consultation, où nous constatons les symptômes suivants : blennorrhée nulle, aucune trace d'écorchures ou de cicatrices à la surface du gland, du prépuce ou à l'anus; miction gênée par une dureté située dans la région balanique de l'urèthre. Cette dureté est surtout appréciable en comprimant le gland d'arrière en avant. Une sensation douloureuse, incommode, se produit dans ce point pendant la miction; le jet de l'urine est moins fort et plus contourné que d'habitude. Adénopathie bi-inguinale plus prononcée à droite; alopécie: pas d'adénopathie cervicale, pas d'autres accidents. — Traitement expectant.

Le 17 février. Roséole commençante, adénopathie cervicale, céphalée. — 2 pilules de proto-iodure de 5 centigr. chaque.

Ces observations nous montrent diverses variétés d'adénopathies symptomatiques du chancre induré. On voit que, malgré le siége si différent de l'affection ganglionnaire, elle a toujours présenté les mêmes caractères. Dans les exemples que nous avons cités, les chancres indurés présentaient une forme type, une induration si bien indiquée, si classique, qu'il eût été difficile de la méconnaître, et, par suite, de ne pas pronostiquer l'infection syphilitique. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Les chancres indurés peuvent se rencontrer avec des formes, des aspects si éloignés du type habituel, que leur diagnostic offre alors des difficultés sérieuses; d'un autre côté, le chancre virulent, non induré, l'ulcération herpétique, etc., ont pu

quelquefois faire croire à l'induration, soit à cause d'une dureté artificielle, causée par l'application locale de certains médicaments, comme l'acétate de plomb, le chromate de potasse, le sublimé corrosif, le nitrate d'argent, etc. Enfin on a vu des ulcérations siéger sur un ancien noyau d'induration spécifique, simuler à s'y méprendre un nouveau chancre induré. Dans ces diverses circonstances, si on ne fait point une analyse soigneuse de la succession des phénomènes, comment ne pas croire à la répétition du chancre induré? D'après ces considérations, il nous paraît évident que les signes fournis par l'ulcère ne suffisent pas toujours pour établir le diagnostic de l'induration, et que, dans certains cas, on ne pourrait y arriver si l'adénopathie symptomatique n'en donnait de son côté d'une valeur presque aussi grande.

Les exemples suivants justifient parfaitement tout ce que nous venons de dire.

XX[e] OBSERVATION. — *Ulcération du fourreau, base dure artificielle, absence d'adénopathie.*

N... (Eugène), dix-neuf ans, cultivateur, entre, le 14 mai 1852, à l'hôpital du Midi, salle 1, lit 21. Ce malade n'a jamais eu d'autres accidents que ceux qu'il présente actuellement. Coït suspect il y a sept semaines; quelques jours après, trois petites ulcérations apparaissent sur le scrotum; elles s'étendent un peu les jours suivants. Des lotions d'extrait de saturne ayant été prescrites au malade, il emploie ce médicament en une solution assez concentrée pour blanchir la surface de l'ulcère; il entre alors dans le service, et nous présente l'état suivant: sur le scrotum du côté droit, existent trois ulcérations, dont l'étendue varie de 3 à 5 millimètres de diamètre, leurs bords sont arrondis et assez abrupts, leur fond est déprimé, d'un blanc mat; elles reposent sur une base dure, qui s'étend un peu en dehors des bords des ulcères, mais sans présenter la dureté particulière et caractéristique habituelle; du reste, aucune trace d'engorgement ganglionnaire des aines. Après un traitement expectant de huit jours, le malade sort guéri.

XXIe OBSERVATION. — *Ulcérations récentes reposant sur d'anciens noyaux d'induration; adénite passagère, syphilis constitutionnelle.*

J... (Joseph), vingt et un ans, maçon, constitution lymphatique, entre le 13 mai 1852, salle 2, lit 1, de l'hôpital du Midi. Première maladie vénérienne, survenue il y a six mois; elle consistait en trois chancres, situés dans la rainure du gland et sur le reflet du prépuce; ces chancres se sont indurés, en même temps que de grosses glandes dures et indolentes sont apparues dans les aines. Ce malade entre une première fois dans le service il y a trois mois; n'ayant pas encore d'accidents secondaires, il est tenu à l'expectation jusqu'à leur manifestation. Huit jours après son arrivée, surviennent un engorgement des ganglions cervicaux postérieurs et une roséole confluente; il est mis au traitement spécifique. Une amélioration remarquable s'était déjà manifestée, lorsque, après quinze jours de traitement, le malade quitte le service; à ce moment, les chancres étaient cicatrisés depuis longtemps, il ne restait à leur place que des noyaux d'induration encore très-prononcée; un engorgement assez considérable des ganglions inguinaux accompagnait cette induration.

S'étant de nouveau livré à des excès de femmes et de boissons, ce malade rentre à l'hôpital, huit jours après sa sortie, dans l'état suivant : une surface ulcérée de 1 centimètre de largeur sur 3 de longueur, paraissant être formée par la réunion de trois petites ulcérations qui se sont transbordées, existe dans la rainure du gland, et siége en partie sur les noyaux d'induration dont nous avons parlé plus haut, et en partie sur la muqueuse précédemment saine, de telle façon qu'une portion de cette ulcération pourrait simuler parfaitement un chancre induré; ses bords sont irréguliers, et ne sont pas déprimés; son fond est rosé et en voie de réparation. Dans les aines, on rencontre encore l'adénopathie multiple, indolente et superficielle que nous avons déjà signalée; le malade nous fait observer que les mêmes ganglions ont été très-douloureux pendant les premiers jours qui ont suivi la manifestation des ulcérations.

XXIIe OBSERVATION. — *Syphilis constitutionnelle ancienne; ulcération récente, avec dureté artificielle passagère; absence d'adénopathie.*

L... (Guillaume), trente-sept ans, employé, entre le 17 mars 1852, salle 1, lit 14, de l'hôpital du Midi; constitution robuste. Première blennorrhagie en 1838, guérie par la coloquinte après deux mois de durée. En 1839, deux jours après un coït avec une prostituée, le malade est atteint d'un chancre qui s'indure les

jours suivants, et cause des accidents pour lesquels M. Ricord est consulté. Le malade nous montre le diagnostic écrit sur l'ordonnance, datée et signée de cette époque : *chancre induré, alopécie, lèpre de la face, syphilide squameuse palmaire; traitement mercuriel.* Aucun accident ne s'était manifesté dans cet intervalle de douze années, lorsqu'il y a treize jours, après un coït avec une femme qu'il possède depuis quatre ans, L... vit une petite écorchure se montrer sur la partie latérale droite du prépuce; comme elle paraissait prendre de l'accroissement, il la cautérise avec du nitrate d'argent. Le lendemain, l'ulcère était un peu enflammé, néanmoins deux cautérisations sont encore faites; dès lors l'ulcère devient très-douloureux; un engorgement des parties adjacentes se manifeste. C'est dans cet état que ce malade se présente à l'hôpital; nous constatons une ulcération superficielle d'un demi-centimètre de diamètre, située sur le reflet du prépuce; son fond est d'un rouge vif, peu déprimé; ses bords sont aplatis et arrondis; elle est environnée d'un engorgement inflammatoire qui la rend saillante, et lui donne l'aspect du chancre induré, sans en avoir cependant la dureté élastique caractéristique; les ganglions inguinaux ne présentent rien d'anormal. — Traitement expectant, eau froide.

Le 20 mars. Réparation presque complète de la petite ulcération, dureté environnante presque nulle.

Le 29. Réparation complète, plus de dureté. *Exeat.*

Nous avons eu occasion de voir ce malade quatre mois après sa sortie de l'hôpital, il ne présentait aucune manifestation de syphilis.

Dans cette observation, toutes les apparences étaient en faveur d'un chancre induré, mais il manquait un signe d'une valeur absolue, l'adénopathie symptomatique; en outre, la rapidité avec laquelle l'induration a disparu lorsque sa cause a été enlevée indiquait certainement qu'il n'y avait pas existé d'induration spécifique.

XXIIIe OBSERVATION. — *Ulcère de la langue consécutif à une infiltration tuberculeuse de cet organe, base dure, absence d'adénopathie.*

S... (Etienne), quarante-cinq ans, cuisinier, entre le 18 mai 1852, salle 1, lit 4, de l'hôpital du Midi; il est dans un état de cachexie tuberculeuse très-marqué. En 1832, glandes suppurées à l'aine gauche, sans blennorrhagie; simultanément chancre ou écorchure à la verge. En 1838, chancre sur le reflet du prépuce; il s'est passé en huit jours, et n'a été suivi d'aucun accident vénérien, malgré l'ab-

sence de traitement, au dire du malade. Depuis plusieurs années seulement, toux, amaigrissement, sueurs nocturnes, gêne de la respiration, pas d'hémoptysie, ni de douleurs pectorales. Il y a quatre mois, ayant reçu d'une dame de la halle un baiser sur la bouche, S... a vu, le lendemain, un petit bouton apparaître sur l'extrémité de la langue; ce bouton s'est écorché et a grandi les jours suivants. Un médecin est consulté il y a six semaines; il prescrit un traitement mercuriel, et des cautérisations au nitrate d'argent à faire tous les deux jours. Après un mois, le malade, voyant que l'ulcère s'étend plutôt qu'il ne diminue, se présente à l'hôpital du Midi, où nous constatons l'état suivant: ulcération de 2 centimètres et demi de longueur sur 1 de largeur, située sur le côté droit de l'extrémité antérieure de la langue; sa surface est plane et granuleuse, sa couleur est grisâtre, ses bords sont réguliers, ni élevés ni décollés, sans rougeur périphérique; les tissus environnants sont durs et engorgés dans une étendue qui comprend le tiers antérieur de la langue. Pas d'adénite symptomatique; nous constatons seulement un ganglion de la grosseur d'une noisette, situé sous le maxillaire du côté droit. Aucune manifestation secondaire.

S... est atteint de cachexie tuberculeuse très-avancée; il est en partie aphone, tousse, et expectore des crachats purulents nummulaires; sa respiration est courte; il a du souffle caverneux au sommet des poumons. — Tisane béchique, julep gommeux, avec opium 0,05; gargarisme émollient.

Le malade reste quinze jours dans le service, puis se fait transporter à l'hôpital Beaujon, où il meurt environ vingt jours après.

Chez lui, la circonstance d'un chancre antérieur, celle de la possibilité d'une nouvelle contagion, il y a quatre mois, devaient nécessairement faire supposer soit un accident primitif, soit un accident tertiaire; cependant ce n'était ni l'une ni l'autre de ces deux affections. En effet, avec l'ulcère primitif, nous aurions eu une adénopathie sous-maxillaire et, de plus, l'ulcère eût présenté une marche toute différente; avec l'ulcère tuberculeux tertiaire, sa marche n'eût point été stationnaire, et une petite tumeur eût certainement précédé l'ulcération; puis, si le malade avait été sous l'influence de de la diathèse syphilitique, il aurait certainement présenté des accidents secondaires, puisqu'il n'avait pas fait de traitement. Au contraire, tout était en faveur de l'ulcère tuberculeux: la présence de tubercules ramollis dans les poumons, des ulcérations dans le larynx,

la marche lente, progresive de l'ulcère, et ses granulations jaunâtres semblables à celles de l'infilration tuberculeuse ; ajoutons aussi que, dans une période plus avancée, nous avons vu sur d'autres points de la langue plusieurs petites saillies purulentes, semblables à celles qui avaient précédé l'ulcère. Ce malade avait donc à la langue une ulcération causée par l'infiltration tuberculeuse, probablement de la même nature que celles du larynx.

Les plaques muqueuses, les pustules d'ecthyma, pouvant siéger partout où on rencontre le chancre induré, pourraient aussi être confondues avec lui ; mais nous avons démontré précédemment qu'avec ces accidents secondaires il n'existait point d'adénopathie symptomatique ; le doute ne sera donc pas possible.

Le phagédénisme est un accident qui n'appartient pas seulement à l'ulcère primitif non induré, mais bien aussi au chancre induré, quoique moins fréquemment cependant. Cet accident ne modifie en aucune façon l'adénopathie du chancre.

Maintenant que nous avons fait connaître, autant qu'il nous a été possible, le caractère des adénopathies symptomatiques du *chancre non induré*, du *chancre induré* et de *la scrofule*, nous allons les analyser succinctement pour en faire le parallèle :

1° Siége. — *Chancre non induré.* Adénopathie occupant le plus souvent l'une des deux régions symétriques, et bornée à un seul ganglion superficiel.

Chancre induré. Adénopathie multiple des ganglions superficiels, occupant généralement deux régions symétriques.

Scrofule. Adénopathie des ganglions superficiels et profonds, bornée généralement à une des deux régions symétriques.

2° Étiologie. — *Chancre non induré et chancre induré.* Inoculation directe du virus syphilitique.

Scrofule. Causes variées et occasionnelles.

3° SIGNES. — *Chancre non induré.* Phlogose aiguë, suppuration fréquente; deux sortes de pus : l'un simplement phlegmoneux, l'autre virulent et inoculable, donnant lieu au chancre ganglionnaire.

Chancre induré. Engorgement des ganglions sans phlogose ni douleur, mobilité, isolement de ces glandes. Jamais de suppuration, à moins de causes étrangères à la syphilis.

Scrofule. Phlogose aiguë ou chronique, induration ou suppuration : pus phlegmonneux et pus ganglionnaire tuberculeux ou séreux; soudure des glandes, tendance de la phlogose à envahir les glandes profondes pour former une tumeur volumineuse.

4° PRONOSTIC. — *Chancre non induré.* Pronostic grave d'une manière relative, parce que la suppuration peut causer des chancres ganglionnaires de longue durée, peu grave d'une manière absolue, puisqu'elle affirme l'absence de la diathèse syphilitique.

Chancre induré. Son pronostic est l'inverse du précédent; longue durée.

Scrofule. Durée variable, mais généralement longue. Cette adénopathie peut s'exaspérer et envahir toute une région, nonobstant la meilleure thérapeutique.

5° THÉRAPEUTIQUE. — Elle sera spécifique seulement avec le chancre induré; antiphlogistique avec le chancre non induré; antiphlogistique et antiscrofuleuse avec la scrofule.

2[e] CLASSE. — ADÉNOPATHIES TARDIVES OU SECONDAIRES.

La maladie syphilitique exerce deux actions sur le système ganglionnaire : l'une toute locale, qui est intimement liée à l'existence du chancre, c'est celle dont nous venons de parler ; l'autre générale, qui apparaît avec les symptômes secondaires d'infection, c'est l'*adénopathie tardive* ou *secondaire.*

Les manifestations de la syphilis paraissent suivre un certain ordre d'évolution qui serait déterminé par la nature des éléments anatomiques. L'élément vasculaire est celui qui paraît l'emporter sur tous les autres, comme possédant les conditions les plus favorables à cette manifestation ; aussi voit-on les appareils lymphatiques, tégumentaires, parenchymateux, musculeux, fibreux, osseux, être affectés dans l'ordre où nous les plaçons. Comme on le voit, le système lymphatique est un de ceux qui reçoivent les premiers l'impression de la diathèse.

Il est assez difficile d'indiquer d'une manière exacte l'époque à laquelle se fait cette manifestation, attendu qu'elle peut varier beaucoup suivant la constitution et l'idiosyncrasie des sujets ; néanmoins nous devons dire que nous ne l'avons jamais rencontrée avant la sixième semaine de l'infection.

M. Ricord, le premier, transforma l'adénopathie secondaire en signe diagnostique ; ce furent les ganglions cervicaux postérieurs qui attirèrent les premiers son attention. Pensant qu'ils pouvaient être symptomatiques de l'impétigo du cuir chevelu qu'on rencontre fréquemment avec eux, cet observateur fit raser les cheveux de tous ses malades pourvus de ganglions ; mais il ne tarda pas à s'apercevoir qu'on rencontrait ces glandes avec les cuirs chevelus les plus sains, comme avec les plus malades. En outre il remarqua que les ganglions des autres régions pouvaient, eux aussi, se trouver pris d'engorgement ; dès lors il considéra cet état pathologique comme le résultat de la diathèse générale.

On ne peut facilement préciser quels sont les ganglions qui subissent plus particulièrement l'infection générale, et voici pourquoi : à l'état normal, les ganglions de certaines régions peuvent être le siége d'un engorgement chronique, sans que celui-ci ne se soit manifesté par des symptômes, puis la constitution lymphatique d'un sujet prédispose à l'engorgement de certains ganglions ; le frottement des vêtements durs, tels que le col des militaires, les chaussures étroites, peuvent produire le même effet. On sait aussi que les personnes qui marchent beaucoup ont les ganglions inguino-cruraux plus volumineux que celles qui sont dans des conditions opposées ; il en est de même pour celles qui font des travaux rudes avec les bras, tels que les boulangers, les maçons, etc.

Dans le but de constater l'état des ganglions à l'état normal, nous les avons examinés sur 50 sujets ; voici le résultat de cet examen :

Absence complète d'engorgement................	9
Engorgement des glandes inguinales.............	17
— des glandes axillaires,...............	9
— des glandes cervicales postérieures...	5
— des glandes des régions sous-maxillaires et cervicales latérales..................	10
	50

D'après ce tableau, il résulte que l'engorgement des glandes inguinales est plus fréquent que celui des autres régions. La raison en est facile à trouver, si l'on fait attention que ces glandes sont l'aboutissant d'une grande étendue de surfaces muqueuses ou cutanées, susceptibles d'être irritées ou enflammées, et qu'une glande enflammée ne revient pas toujours à ses dimensions premières. Les glandes cervicales postérieures, au contraire, sont celles qui sont le plus rarement volumineuses ; il n'est donc pas surprenant que leur développement pathologique soit d'une plus grande valeur diagnostique que celui des autres régions ; lors même qu'on les rencontrerait chez un sujet sain, elles ne présenteraient pas les caractères

qu'elles acquièrent sous l'influence de la diathèse siphilitique. Du reste, si on vient à pratiquer fréquemment l'examen de ces glandes, on s'habituera assez vite à distinguer leur état pathologique. Dans ces deux conditions, on remarquera que leur volume est d'autant plus considérable que les sujets sont plus jeunes ; dans la première enfance, la distinction est même assez difficile pour qu'il faille une grande habitude et surtout une connaissance assez exacte de leur état physiologique. Chez les vieillards et les personnes chauves, l'absence de ces adénopathies est à peu près complète. Suivant M. Ricord, les personnes grasses auraient des ganglions peu accessibles aux engorgements, tout en tenant compte de la difficulté qu'on peut avoir à les apprécier.

L'adénopathie syphilitique secondaire consiste en de petites tumeurs d'une dureté particulière qui ne peut être mieux comparée qu'à celle du cartilage. Appliquées sur des surfaces osseuses, comme la face externe des apophyses, elles peuvent être prises pour des exostoses. Ces tumeurs sont isolées, éloignées les unes des autres ; elles ont une forme arrondie qui leur est propre ; leur volume ne dépasse pas celui d'une petite noix. Elles sont généralement mobiles, à moins qu'elles ne siégent dans des tissus serrés ou sur des saillies osseuses, comme celles formées par les ganglions des gouttières vertébrales, et ceux de l'apophyse mastoïdien ; enfin elles sont complétement indolentes.

Les glandes de toutes les régions ne subissent pas simultanément l'engorgement, de plus elles ne sont pas toujours engorgées toutes à la fois. Il est assez difficile de dire dans quel ordre se fait cet engorgement ; cependant nous admettons volontiers, avec M. Ricord, que c'est par les glandes cervicales qu'il débute le plus souvent. Quant à la valeur diagnostique tirée de la présence de ces dernières, elle est incontestable, cependant elle n'est pas absolue, puisque nous avons vu que sur cinquante sujets bien portants, on pouvait encore trouver cinq fois ces glandes engorgées, et, plus loin, nous

montrerons que celles-ci peuvent manquer dans cette région avec la diathèse syphilitique.

Voici le tableau que nous a fourni l'observation de 50 malades exempts de traitement spécifique. Ces malades ayant tous comme accident primitif un chancre induré de la verge, il va sans dire que chacun d'eux présentait une adénopathie inguinale que nous avons sous-entendue :

De l'infection à un mois et demi..	sans engorgement.............	15
	glandes cervicales postérieures engorgées..................	2
Un mois et demi à trois mois.....	sans engorgement.............	1
	glandes cervicales postérieures engorgées..................	2
	régions diverses, sauf la cervicale postérieure.............	2
	glandes engorgées de toutes les régions...................	4
Trois mois à six mois............	sans engorgement.............	1
	glandes cervicales post. engorgées.	4
	régions diverses, sauf la cervicale postérieure.................	6
	toutes les régions.............	8
De six mois à un an.............	régions diverses, sauf la cervicale postérieure.............	1
	toutes les régions..............	4
		50

A en juger par cette statistique, on pourrait croire la présence des ganglions cervicaux postérieurs moins fréquente qu'elle ne l'est réellement, puisque nous ne l'avons notée que vingt-quatre fois; mais on doit remarquer que les malades ont été observés à partir de la date d'infection, et que, pendant les deux premiers mois, il est assez rare de rencontrer ces premiers accidents secondaires. Sur ces

50 malades, nous n'avons trouvé que onze fois la présence des ganglions dans les diverses régions, à l'exclusion de la cervicale postérieure. Jusqu'ici l'attention des observateurs a porté presque uniquement sur les ganglions cervicaux postérieurs, tout nous porte à croire cependant que les ganglions sous-claviculaires, auriculaires, geniens, épitrochléens et axillaires, sont aussi fréquemment engorgés, et qu'ils pourraient être très-utiles au diagnostic. Si les faits ne venaient pas à l'appui de ce que nous avançons, pourrait-on rationnellement admettre qu'une diathèse puisse agir d'une manière constante sur certains ganglions à l'exclusion des autres? Nous ne le pensons pas.

En parlant des adénopathies tuberculeuses, strumeuses et cancéreuses, nous avons parlé des compressions nerveuses et des paralysies qu'elles pouvaient occasionner. L'adénopathie secondaire, malgré le peu de développement qu'elle acquiert, lorsqu'elle se trouve située autour ou sur certains nerfs, paraît causer des phénomènes identiques. M. Ricord est encore le premier qui ait signalé ces phénomènes. C'est le nerf facial dans sa portion extra-crânienne, qui seul, jusqu'à présent, a offert ces paralysies secondaires.

Les accidents tertiaires, tels que les tumeurs gommeuses, les exostoses, etc., en se manifestant dans la boîte crânienne ou dans le cerveau, ont pu produire des accidents de cette nature, mais alors on a observé la paralysie de la portion intra-crânienne du nerf et non celle de la portion libre.

La coïncidence de la paralysie avec la période des accidents secondaires, c'est-à-dire celle qui préside aux engorgements ganglionnaires; la présence des glandes cervicales superficielles volumineuses en même temps que la paralysie; enfin le début spontané de celle-ci et sa disparition sous l'influence d'un traitement spécifique, sont autant de motifs qui peuvent nous faire croire à l'existence de cette paralysie qui, nous le craignons, ne pourra être démontrée de longtemps par l'anatomie pathologique. En voici un exemple qui nous a été communiqué par notre collègue, M. Potain.

XXIVe OBSERVATION. — *Syphilis secondaire, paralysie faciale du côté gauche.*

Robin (Auguste), vingt-sept ans, chaudronnier, entre dans le service de M. Ricord le 1er octobre 1850, salle 1, lit 2. Dernier coït, il y a trois mois environ; chancre sur la face interne du prépuce, tuméfaction des glandes inguinales. Il y a un mois, rougeurs sur le tronc et les membres, dont il reste encore des traces; alopécie et croûtes du cuir chevelu; glande cervicale postérieure volumineuse survenue il y a dix jours; ganglion de l'anti-tragus développé ainsi que les cervicaux latéraux; légère cuisson à l'anus. Il y a huit jours, sans aucune cause appréciable, roideur et difficulté des mouvements dans la joue et la bouche du côté gauche; impossibilité de souffler, siffler et sputer. Depuis quatre jours, l'œil ne peut se fermer complétement; aujourd'hui [il ne se ferme qu'à moitié; la bouche est un peu tirée du côté droit, la joue bat contre les alvéoles pendant qu'il souffle; lorsqu'il mange, les aliments séjournent dans le sillon inférieur buccal; aucune déviation de la luette; mouvements du palais libre; aucune douleur dans la région parotidienne; déglutition facile.

Le second exemple n'est pas moins remarquable que le premier :

XXVe OBSERVATION. — *Accidents secondaires, double paralysie du facial et du goût.*

M. V..., atteint d'un chancre lingual induré (voy. obs. 17), avait quitté le service le 20 février 1852, sous le prétexte d'affaires pressés; il avait une roséole assez intense, des ganglions sous-maxillaires et cervicaux très-développés; néanmois, il suspend son traitement jusqu'au 15 avril suivant. Le 23, sans cause appréciable, le malade s'aperçoit que son œil gauche est larmoyant, et que les paupières de ce côté ne se ferment pas exactement. Le lendemain, il ne peut cracher comme à l'ordinaire, la commissure labiale gauche ainsi que la joue restent flasques, cette dernière flotte et bat contre les arcades dentaires; la salive tend à s'échapper par la commissure labiale, et les aliments séjournent dans la gouttière inférieure de la joue; la sensibilité de la peau est intacte, ainsi que la vue et l'ouïe, mais le goût est anéanti sur la moitié gauche de la langue et le reste de la muqueuse buccale. Le malade a constaté qu'il sentait le contact des objets dans ces parties : il a l'odorat très-obtus habituellement, il ne

peut pas constater s'il perçoit les odeurs. Deux pilules de proto-iodure de mercure sont prises quotidiennement.

Au huitième jour, la paralysie avait disparu complétement.

Adénopathies tuberculeuses et scrofuleuses non inflammatoires.

La science est loin d'avoir dit son dernier mot touchant la nature des tubercules et celle des scrofules ; néanmoins, comme les ganglions peuvent présenter des lésions qui répondent exclusivement à l'une ou à l'autre de ces deux causes , et que nous admettons, avec M. Lebert, que la tuberculisation glandulaire n'est pas une forme, mais une complication de scrofules , qu'elle les accompagne souvent, mais qu'elle leur fait défaut plus souvent encore , nous étudierons isolément ces deux sortes d'adénopathies.

L'*adénopathie tuberculeuse* a porté le nom d'écrouelles, de tumeurs scrofuleuses , d'adénite, etc. Ces désignations n'ont rien de surprenant, puisqu'on a considéré , et un grand nombre d'auteurs considèrent encore les engorgements glandulaires tuberculeux comme une dépendance de la scrofule. Ces engorgements tuberculeux, quoique dépendant certainement d'une diathèse générale, paraissent être généralement bornés aux ganglions seuls ; ainsi , sur 175 malades atteints de glandes tuberculeuses observés par M. Lebert, cet auteur a rencontré dix fois seulement des tubercules pulmonaires, aussi fait-il remarquer judicieusement que la loi suivante établie par M. Louis n'est pas applicable à la tuberculisation glandulaire externe : « Lorsque passé l'âge de 15 ans , il y a des tubercules dans quelque organe, il s'en trouve toujours dans les poumons. »

Nous empruntons à M. Lebert la description suivante de l'adénopathie tuberculeuse :

« Les glandes lymphatiques, molles , petites, mobiles et à peine appréciables par le toucher à l'état normal , sous l'influence de la diathèse tuberculeuse, se gonflent et présentent, dès qu'on peut les sentir, ou une inégalité dans leur consistance, ou une dureté ; tou-

tefois, pendant cette première période, on peut encore les déplacer et même les presser sans que le malade en éprouve de la douleur. Voilà pourquoi on ne les aperçoit souvent que lorsqu'elles ont acquis un certain développement. A mesure que la tuberculisation fait des progrès, la dureté devient plus manifeste, ce n'est pas celle du squirrhe, mais plutôt la consistance des fruits employés à l'état de coction, tels que la pomme de terre et le marron; on y sent, malgré cette consistance, un certain degré de résistance. L'augmentation de volume tient, à cette époque, à la confluence de plusieurs tumeurs glandulaires, primitivement éloignées et se rapprochant à mesure qu'elles grandissent. Souvent ce n'est pas même par inflammation que ces glandes finissent par se souder; elles font disparaître en partie par compression et par absorption les tissus qui les séparent. La tuberculisation glandulaire arrivée à ce degré peut rester stationnaire pendant nombre d'années et même toute la vie. (Voy. *Traité des maladies tuberculeuses et scrofuleuses*, M. Lebert, 1850.)

XXVI[e] OBSERVATION. — *Ganglions sous-maxillaires tuberculeux, pas de traces de scrofules, diathèse tuberculeuse douteuse; extirpation. Guérison.*

M[me] D..., âgée de trente-cinq ans, sans profession, entre le 2 juin 1851 à la Maison nationale de santé, chambre 5, service de M. Monod. Cette jeune femme est brune, d'une complexion délicate, grêle, d'une santé assez bonne, à part les rhumes fréquents en hiver; pas d'hémoptysie antérieure, pas de circonstances fâcheuses d'hérédité. A l'auscultation, rien de positif sous le rapport des signes du premier degré de la phthisie.

Cette malade se souvient d'avoir eu fréquemment de petites glandes autour du cou dans son enfance; depuis cette époque, elle en a remarqué deux sous le côté droit de la mâchoire, qui ont persisté, et ont progressé depuis pour atteindre le volume qu'elles ont actuellement. Aujourd'hui elles forment deux tumeurs, situées au niveau de la branche droite des maxillaires antérieurs; elles sont d'un volume inégal : la supérieure, grosse comme une noix, un peu aplatie; l'inférieure, comme une grosse noisette : toutes les deux sont dures et adhérentes aux tissus sous-jacents; à leur surface, les téguments sont mobiles et sans altération, à part une légère coloration violacée.

Le 14 juin. Les deux tumeurs sont extirpées, chacune d'elles contient un noyau tuberculeux en voie de ramollissement dont la nature est constatée par l'examen de M. Lebert.

Le 20. Les plaies sont cicatrisées, et la malade peut quitter la Maison.

Nous empruntons encore au savant ouvrage de M. Lebert les caractères suivants de l'adénopathie tuberculeuse :

« L'inflammation des ganglions est la conséquence du dépôt tuberculeux et ne le précède point.

« Le ramollissement des tubercules est accompagné d'inflammation et de suppuration, mais il peut avoir lieu sans être précédé par elle.

« La suppuration est le seul mode d'élimination des tubercules glandulaires, et la rareté des cas de résorption, ainsi que celle plus grande encore de transformation calcaire et crétacée des tubercules glandulaires superficiels n'infirment point cette assertion.

« Le tubercule glandulaire n'excite autour de lui une inflammation suppurative que lorsque le ramollissement a atteint un certain degré. Alors les plaies tuberculeuses qui en sont le résultat peuvent rester longtemps sans s'ouvrir au dehors ; les parties liquides se résorbent, et il ne reste qu'un pus concret et granuleux, mais ces cas sont rares et exceptionnels.

« Les glandes tuberculeuses suppurées se terminent fréquemment par des ulcères qui se montrent sous deux formes différentes. Dans la première, un ulcère creux s'ouvre au dehors par une fistule peu étendue ; à chaque pansement, on en fait sortir du pus et souvent des grumeaux tuberculeux ; ceux-ci sont quelquefois assez volumineux pour qu'il soit nécessaire d'élargir l'ouverture avec le bistouri ; ils sont violets ou d'un rouge foncé, décollés ; des bouts de peau intacte réunissent la peau décollée et le pourtour de plusieurs fistules. La seconde forme est celle d'un ulcère à surface largement ouverte : on voit alors profondément des portions jaunes et friables, tuberculeuses, encore adhérentes par partie aux tissus ambiants et sous-

jacents, et qui, peu à peu, se détachent et en sont rejetés. A mesure que cette élimination de la matière tuberculeuse a lieu, les granulations blafardes d'abord et couvertes de concrétions fibrineuses et purulentes se détergent, deviennent plus saillantes, prennent une teinte d'un rouge vermeil, et se disposent peu à peu à la cicatrisation. » (Loc. cit.)

L'*adénopathie scrofuleuse* est moins bien caractérisée que la précédente. L'engorgement ganglionnaire est si fréquent, et il se manifeste sous des influences si variées, qu'on ne peut le considérer toujours comme le résultat de cette cachexie; d'un autre côté, celle-ci ne se manifeste pas toujours par la présence de ces engorgements. M. Lebert a démontré par des chiffres que les engorgements glandulaires dits *scrofuleux* appartiennent plutôt à la diathèse tuberculeuse qu'à la scrofuleuse : suivant cet auteur, il n'existe pas de matière tuberculeuse proprement dite, et les glandes volumineuses et dures qu'on rencontre chez les scrofuleux se rapportent le plus souvent aux tubercules.

Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins vrai que, sous l'influence de la cachexie scrofuleuse, on observe des affections ganglionnaires qui ont des caractères particuliers. Nous avons parlé précédemment de celles qui ont un caractère inflammatoire; il nous reste à parler de celles qui en sont dépourvues.

Suivant M. Lebert, « ces engorgements scrofuleux se montrent sous deux formes : dans la première, on trouve un grand nombre de petites grosseurs, situées dans les différentes régions; leur volume varie entre celui d'un petit pois et celui d'un petit haricot; elles sont mobiles, indolentes, pas très-dures. Les malades chez lesquelles on les constate offrent ordinairement en même temps d'autres signes de scrofules, mais légers, il est vrai. Il n'est pas rare de voir cette forme d'engorgement glandulaire se terminer par la guérison; les glandes qui, au reste, existent à l'état normal, ne disparaissent point, mais elles reviennent à un volume si petit que le doigt ne le découvre presque plus. En général, elles ne tendent

guère ni à l'inflammation ni à la suppuration. La seconde forme est beaucoup plus circonscrite ; une, deux ou plusieurs glandes, quelquefois tout un paquet, s'engorgent, mais n'augmentent de volume que lentement ; la peau qui les recouvre reste intacte, il ne s'établit guère d'inflammation chronique autour d'eux ; leur consistance reste toujours élastique et plutôt molle. Lorsque c'est une seule glande qui est augmentée de volume, sa forme devient ovoïde ; elle est inégale, au contraire, lorsque c'est tout un paquet. Ces dernières ont peu de tendance à la suppuration, il est rare que leur volume et leur position soient de nature à comprimer quelque vaisseau ou nerf important ; elles résistent la plupart du temps aux remèdes internes et externes, et l'extirpation est souvent le seul moyen d'en débarrasser les malades, qui demandent l'opération plutôt à cause de la difformité que pour échapper à des incommodités et à des souffrances réelles. » (Op. cit., p. 151.)

Très-fréquemment, ces engorgements débutent par les glandes des régions profondes, ils gagnent ensuite les superficielles, se soudent les unes aux autres, et forment de cette façon des tumeurs volumineuses, bosselées, indolentes, dont les formes varient suivant la région. Placées sur le trajet des vaisseaux et des nerfs, elles peuvent quelquefois produire des paralysies, un état variqueux des vaisseaux et même de l'œdème.

Ces engorgements ganglionnaires scrofuleux sont aggravés par la diathèse syphilitique, leur volume prend de l'accroissement sous son influence, et quelquefois même la présence du virus étranger est une cause d'irritation telle, que la suppuration peut s'ensuivre. C'est dans cette circonstance qu'on a pu voir suppurer l'adénite symptomatique du chancre induré ; mais ces cas sont infiniment rares, et quand on les rencontre, il est important de tenir compte de l'influence scrofuleuse, si l'on ne veut pas s'exposer à attribuer à l'une de ces maladies ce qui appartient à l'autre.

Nous ne voulons pas terminer ce qui a rapport aux engorgements scrofuleux et tuberculeux sans parler de la dégénérescence calcaire.

Quoique rare, cette dégénérescence se montre quelquefois : elle consiste en des incrustations pierreuses, ordinairement limitées à un point des ganglions, mais pouvant cependant s'étendre à toute leur surface, et les entourer d'une coque inorganique. Dans quelques cas rares, on a trouvé le ganglion tout entier envahi par des dépôts irréguliers de phosphate calcaire contenu dans un tissu fibreux qui avait conservé en partie la forme de l'organe (Nélaton, op. cit., p. 565.)

Cette dégénérescence se remarque ordinairement à la suite des tubercules glandulaires; M. Baudelocque en cite un exemple trouvé dans l'aisselle (*Mémoire sur l'emploi de l'iode*); M. Lebert, dans ses nombreuses observations de scrofules et de tubercules, en a rencontré deux cas seulement.

Cette dégénérescence, se rapportant à la diathèse tuberculeuse, a nécessairement la même valeur diagnostique que cette dernière.

ADÉNOPATHIE DU CANCROÏDE ET DU CANCER.

Aujourd'hui que la distinction de ces deux ordres d'affections est généralement admise, nous ne craindrons pas de les séparer pour étudier l'adénopathie symptomatique de chacune d'elles. Dans cette étude, nous nous attacherons surtout à faire connaître leurs signes distinctifs, et la valeur diagnostique de ces derniers.

1° *Adénopathie du cancroïde.*

Les glandes lymphatiques situées dans le voisinage de l'ulcère cancroïdal peuvent être affectées de deux manières : simplement enflammées par sympathie ou infectées par le tissu morbide. Dans le premier cas, l'engorgement glandulaire est inflammatoire, il se passe dans leur tissu ce qui a lieu chaque fois que ces organes sont irrités, c'est une sorte de doublure pathologique qui n'est que

passagère et sans importance. Dans le second cas, il y a, suivant M. Lebert, infection, c'est-à-dire transport de l'élément épidermique, soit que l'on admette qu'il y ait absorption du blastème épidermique par les lymphatiques, et son dépôt dans les glandes où les cellules épidermiques se forment, soit qu'on admette le transport direct de l'épiderme par les lymphatiques érodés. Pour être exact, nous ajouterons encore que l'engorgement inflammatoire sympathique et l'engorgement par infection peuvent exister simultanément dans une région, et bien plus, dans les mêmes glandes. En effet, il n'est pas rare de rencontrer des glandes infectées d'épiderme prises tout à coup d'une adénite passagère, caractérisée par un gonflement plus considérable, par de la rougeur et de la chaleur. Mais cette légère adénite intercurrente est si facile à reconnaître que nous n'avons pas besoin d'insister sur cette distinction; il se passe là absolument les mêmes phénomènes que nous avons déjà signalés pour le chancre violent non induré. Dans les deux cas, il y a infection du ganglion par les éléments virulents des ulcères, en même temps que possibilité d'une adénite symptomatique d'une phlegmasie adjuvante. Si nous voulions rendre l'analogie encore plus frappante, nous pourrions ajouter que l'adénopathie du cancroïde, de même que celle de l'ulcère syphilitique, est bornée à un très-petit nombre de ganglions, qu'elle est superficielle comme la sienne, et qu'enfin toutes les deux ne sont jamais le résultat d'une diathèse générale. Nous verrons plus loin, en parlant de l'adénopathie du cancer, que nous trouverons de la même manière une analogie entre l'adénopathie générale de l'infection cancéreuse et l'adénopathie générale secondaire de la syphilis constitutionnelle; de sorte qu'à la rigueur, on pourrait formuler cette proposition: *l'adénopathie du cancroïde est à l'adénopathie du chancre non induré ce que l'adénopathie du cancer est à celle de la syphilis.*

L'engorgement ganglionnaire symptomatique du cancroïde n'est pas toujours constant, car il n'est pas rare de voir les ulcères prendre un grand accroissement et durer plusieurs années, sans

qu'on puisse rencontrer la moindre modification du côté des ganglions ; néanmoins cette affection est encore assez fréquente pour que, lorsqu'elle existe, elle puisse fournir des signes diagnostiques importants. Sa présence est en général tardive ; nous n'avons pas d'exemple qui nous prouve qu'elle se soit manifestée en même temps que le cancroïde : sur 40 observations que nous connaissons ou possédons, la période la plus rapprochée de l'ulcère a été de quinze mois; nous avons vu des cancroïdes durer sept années sans produire d'engorgement ganglionnaire. L'infection ne nous a pas paru en rapport avec l'étendue et la gravité de l'ulcère. Le nombre des ganglions infectés est en général très-limité ; il est assez commun de n'en avoir qu'un ou deux à la fois. Ces ganglions ne dépassent jamais la sphère lymphatique de l'ulcère. Leur volume est très-variable, souvent il en existe un beaucoup plus gros que les autres, et pouvant atteindre le développement d'un gros œuf. Leur forme est irrégulière, bosselée. Ils sont indolents, durs et mobiles sous la peau, qui n'est presque jamais altérée à leur niveau.

XXVIIe OBSERVATION. — *Cancroïde de la lèvre supérieure ; adénopathie sous-maxillaire tardive.*

Perrier (Jean), soixante et quinze ans, douanier, constitution robuste, entre le 27 octobre 1851 à la Maison nationale de santé, salle 1re, lit n° 2, service de M. Monod. Ce malade présente un ulcère de la lèvre supérieure, qui s'est développé depuis quinze mois ; il siége sur la moitié externe droite de la muqueuse de la lèvre supérieure ; ses bords sont assez réguliers, ils dépassent ceux de la lèvre pour empiéter sur la peau ; sa surface est saillante, rugueuse, et présente des fissures qui donnent issue à un liquide ichoreux et fétide. Sa base dure s'étend profondément dans l'épaisseur des téguments jusqu'à la commissure latérale et au bord adhérent de la lèvre ; sous le maxillaire, du même côté, existe une tumeur ganglionnaire du volume d'un petit œuf de poule : elle est dure, indolente, mobile, sans modification des téguments à sa surface.

L'opération, pratiquée huit jours après l'arrivée du malade, nous permet

de soumettre à l'examen microscopique l'ulcère et le ganglion : tous les deux contenaient des cellules épidermiques.

Le 1er décembre. Le malade sort avec une plaie cicatrisée.

2° *Adénopathie du cancer.*

D'après les recherches modernes, tous les différents cancers appelés squirrhe, encéphaloïde, colloïde, mélanique, etc., ont pour caractère essentiel la cellule cancéreuse ; ce ne sont donc plus des espèces différentes du genre cancer, mais bien de simples variétés produites tantôt par une addition de tissu fibro-plastique, tantôt par la présence des substances mélaniques, gélatiniformes, hématiques, etc. D'après cela, on comprendra facilement que toutes ces formes aient une action semblable sur les ganglions lymphatiques.

L'engorgement ganglionnaire cancéreux peut se montrer au début de la tumeur cancéreuse, mais le fait est rare, et nous nous demandons si les exemples qu'on nous en a donnés ne doivent pas se rapporter à un simple engorgement sympathique plutôt qu'à l'affection cancéreuse. Il est, au contraire, beaucoup plus fréquent de voir des tumeurs cancéreuses rester plusieurs mois et même des années à l'état local sans causer le moindre retentissement sur les ganglions ; quand celui-ci se manifeste, on peut être assuré qu'il est le prélude de la cachexie cancéreuse, car on a observé sa coïncidence habituelle avec l'apparition de cette teinte jaunâtre paille si caractéristique de la diathèse, ainsi qu'avec la maigreur et l'adynamie qui s'emparent de ces malades.

Suivant M. Lebert, ce serait, en moyenne, dans le cours de la seconde année que se manifesterait l'infection des glandes lymphatiques ; celle-ci apparaît, en premier lieu, dans les glandes voisines du mal ; ce n'est que plus tard, lorsque la maladie est générale, qu'on peut les rencontrer dans des glandes éloignées et dépourvues de rapports anatomiques directs avec la région malade. C'est ainsi que, dans certains cancers très-avancés de la mamelle, on a trouvé l'infec-

tion cancéreuse à la fois dans les glandes axillaires, dans les sus-claviculaires, et même dans celles des régions cervicales et inguinales.

Les ganglions cancéreux se prennent généralement en masse, se soudent de bonne heure les uns aux autres, et forment des tumeurs plus ou moins volumineuses qui ont une certaine tendance à adhérer aux tissus circonvoisins, et qui, quelquefois, peuvent s'ulcérer et devenir un véritable cancer. Suivant les régions qu'elles occupent et suivant leur siége par rapport aux éléments anatomiques, ces tumeurs peuvent occasionner certains phénomènes pathologiques, tels que l'œdème des membres, l'engourdissement et la paralysie de ces parties. Les cancers de la mamelle sont encore ceux qui causent le plus souvent ces accidents.

L'adénopathie cancéreuse peut être idiopathique; autrement dit, le cancer peut se développer d'emblée dans les glandes lymphatiques. Dans son savant ouvrage sur le cancer, M. Lebert en cite douze exemples : deux se rapportent aux glandes lymphatiques profondes (glandes bronchiques et mésentériques), les dix autres aux glandes lymphatiques superficielles (glandes cervicales, sous-maxillaires, inguinales et axillaires). Dans ces cas, le diagnostic se déduit des signes fournis par la tumeur. Ces signes sont ceux du cancer.

« Au début, dit M. Lebert, les glandes cancéreuses peuvent être confondues avec les adénites strumeuses, tuberculeuses et syphilitiques. Cependant l'accroissement continu de la tumeur, leur nombre, les douleurs lancinantes, l'altération de la santé générale, sont autant de signes caractéristiques du cancer. »

Après avoir décrit les caractères des adénopathies symptomatiques du cancroïde et du cancer, il nous reste à examiner leur valeur sous le rapport du diagnostic différentiel de ces deux maladies. Boyer, qui avait deviné ou pressenti la distinction éminemment vraie et pratique du cancer et du cancroïde, s'exprime ainsi dans son 6e volume du *Traité des maladies chirurgicales*, page 332 :

« Une chose bien digne de remarque, et très-propre à enhardir

les chirurgiens, c'est que les ulcères chancreux du visage ne sont presque jamais accompagnés de l'engorgement des glandes lymphatiques voisines, tandis que ces glandes sont presque toujours affectées dans les tumeurs cancéreuses qui se manifestent dans les mêmes parties, surtout lorsque ces tumeurs sont ulcérées. Depuis Boyer, un grand nombre de chirurgiens ont fait la même remarque, non seulement pour les ulcères chancreux du visage, mais encore pour les mêmes ulcères situés aux parties génitales, à l'anus, enfin sur tous les points des téguments externes; ulcères qui se rapportent évidemment au cancroïde. Dans ces derniers temps, les travaux micrographiques de M. Lebert ont achevé d'élucider cette question au point qu'aujourd'hui on admet généralement, avec cet auteur, la distinction du cancroïde et du cancer. Cette distinction établie, leur adénopathie devait nécessairement, elle aussi, présenter des différences ; c'est ce qui a lieu en effet. Ainsi, tandis que l'une est toujours locale, bornée à la sphère lymphatique de l'ulcère, l'autre peut être générale, envahir les ganglions les plus éloignés de la région malade. Nous allons résumer les caractères différentiels de ces deux adénopathies par le parallèle suivant :

Dans le cancroïde, l'adénopathie est plus rare que fréquente, tandis qu'elle est plus fréquente que rare dans le cancer. Sur quarante observations de cancroïdes, elle a été notée sept fois ; sur vingt-quatre observations de cancers, elle l'a été neuf fois par M. Lebert.

L'adénopathie du cancroïde est très-tardive, celle du cancer l'est beaucoup moins : sur vingt cas de cancroïde, nous avons trouvé une moyenne de quatre années, tandis que la statistique de M. Lebert a donné une moyenne de deux années pour le cancer.

Dans le cancroïde, les tumeurs ganglionnaires sont peu nombreuses, isolées, d'un volume inégal, avec peu de tendance à s'ulcérer ; dans le cancer, ces mêmes tumeurs sont multiples, réunies, soudées pour constituer des masses volumineuses susceptibles de s'ulcérer et de produire de nouveaux phénomènes pathologiques, tels que l'œdème et la paralysie des membres.

Dans le cancroïde, les tumeurs ganglionnaires siégent toujours dans la région lymphatique de l'ulcère, tandis que dans le cancer, outre les tumeurs ganglionnaires de la région, on peut en rencontrer aussi dans des régions tout à fait éloignées.

Enfin, après l'opération du cancroïde, la récidive se fait dans les glandes par continuité de tissu, le mal n'ayant pas été enlevé dans ses racines les plus profondes; après celle du cancer, la récidive est une reproduction diathésique constitutionnelle, elle pourra se faire aussi bien dans les glandes les plus éloignées que dans les glandes du voisinage.

Les diverses maladies qu'il nous reste à examiner sont généralement sans influence sur le système ganglionnaire; néanmoins, comme elles ont des rapports de ressemblance assez frappants pour rendre le diagnostic différentiel difficile entre elles et les maladies que nous avons étudiées précédemment, nous allons les passer successivement en revue.

Lupus (esthiomène, dartre rongeante).

Aujourd'hui que les études micrographiques nous ont défini d'une manière exacte certains états morbides par les caractères de leurs éléments constitutifs, comme, par exemple, le cancroïde, le cancer, les tumeurs fibreuses, hypertrophiques, etc., l'esprit éprouve une certaine satisfaction à se rendre compte de la signification précise de certaines désignations anciennes, qui n'ont été jusqu'ici que du vague et des causes d'erreur. Espérons que les travaux des micrographes combleront bientôt la lacune qui reste encore.

Le lupus, d'après les Latins, signifie ulcère ou dartre rongeante; l'estiomène des Grecs a la même signification. Alibert avait adopté la désignation de dartre rongeante. Cette maladie, par quelques-unes de ses formes, touche de près au cancroïde; mais ce n'est pas une raison, ce nous semble, pour la confondre avec lui, comme on l'a fait dans ces derniers temps, et particulièrement M. Huguier, dans

son mémoire sur l'*estiomène* ou *dartre rongeante* de la région vulvo-anale (*Mémoires de l'Académie nationale de médecine*, tome 14). Les micrographes sont généralement d'accord aujourd'hui pour considérer les éléments du lupus comme le résultat d'une simple hypertrophie des tissus sans productions hétérogènes, et, par suite, sans action infectante sur les ganglions. Cependant M. Huguier, qui s'occupe aussi de micrographie, a signalé la présence de cellules épithéliales pavimenteuses dans les divers cas qu'il a observés; en outre, sur les neuf observations consignées dans son mémoire, quatre fois les ganglions inguinaux ont été trouvés engorgés *par infection*.

La distinction du lupus et du cancroïde nous paraît devoir s'établir par l'examen microscopique et par les caractères suivants :

Le lupus appartient à la classe des maladies cutanées tuberculeuses, le cancroïde à celle des tumeurs ou ulcères malins.

Le lupus est une affection qui naît le plus souvent sous l'influence de la constitution lymphatique ou scrofuleuse, tandis que le cancroïde paraît indépendant de toute constitution.

Le lupus a un siége électif à la face assez constant ; celui du cancroïde l'est beaucoup moins.

Dans le même siége, le lupus affecte des formes variables, telles que l'exedens, la térébrante et l'hypertrophique ; le cancroïde n'a qu'une seule forme.

Enfin le lupus, ne produisant pas d'éléments hétérogènes, n'infecte point les glandes lymphatiques, tandis que le cancroïde, qui engendre l'épiderme, cause cette infection.

Épulis.

Cette affection avait été considérée jusque dans ces derniers temps comme une production cancéreuse du tissu gengival. On s'accorde aujourd'hui pour rejeter la présence de la cellule cancéreuse ; mais on ne s'entend pas encore sur les caractères de ses éléments. Suivant M. Ch. Robin, l'épulis serait une maladie de l'os maxillaire, ayant

des cellules élémentaires avec des caractères propres. Suivant M. Lebert, le produit pathologique n'est qu'une production fibro-plastique du tissu gengival. Nous ignorons si cette maladie peut avoir une action sur le système ganglionnaire.

Kéloïde.

On considère cette maladie comme une production fibro-plastique. Sous le rapport histologique, il ne paraît pas y avoir de différence entre la kéloïde spontanée et la kéloïde cicatricielle. Cette maladie ne produit pas de tumeurs entièrement bénignes, puisqu'elles ont une tendance prononcée aux récidives locales après l'opération. Néanmoins cette production pathologique est sans action sur les ganglions.

Ulcères tuberculeux.

A cause de leur siége, certains ulcères tuberculeux ont pu être confondus avec le lupus, le cancroïde, et les ulcères syphilitiques : il faut avouer, en effet, qu'ils ont quelquefois une analogie frappante avec eux. Ces ulcères peuvent se développer sur des surfaces muqueuses comme sur des surfaces cutanées ; ils sont de deux sortes : les uns sont constitués par une simple destruction des éléments anatomiques du tissu, sans production d'éléments hétérogènes ; les autres, par cette destruction avec production d'un élément nouveau, tel que l'infiltration tuberculeuse. Il n'est pas rare de rencontrer ces deux formes isolées ou simultanées sur les muqueuses laryngienne, pharyngienne, à la surface et dans l'épaisseur du voile du palais, du palais et de la langue : on les voit aussi sur les muqueuses des voies génito-urinaires, les uretères, l'urèthre, etc. On peut rencontrer un engorgement ganglionnaire de voisinage avec ces ulcères, seulement il est assez difficile de dire s'il en est la conséquence, ou s'il n'est pas plutôt le résultat de la diathèse tuberculeuse. Cet engorgement

n'a rien de particulier, et ne nous paraît avoir aucune influence importante pour le diagnostic de l'ulcère tuberculeux.

En voici plusieurs exemples :

XXVI[e] OBSERVATION. — *Ulcérations laryngiennes, pharyngiennes et buccales ; infiltration tuberculeuse des deux poumons ; absence d'adénopathie symptomatique.*

Vachter (Baptiste), trente-quatre ans, ébéniste, entre le 11 mars 1852 à l'hôpital du Midi, salle 4, lit 3. C'est un Allemand, qui parle avec peine le français, et ne nous donne que des renseignements d'aucune valeur ; ce malade présente les signes de la cachexie tuberculeuse, il en a le facies et le port. Il est amaigri, aphône, a la respiration très-courte; pas de douleurs pectorales ni laryngiennes; signes de tubercules ramollis au sommet des deux poumons. Ce malade accuse surtout une gène dans la déglutition et des ulcérations à la gorge; l'examen de cette cavité nous montre l'état suivant : vastes ulcérations granuleuses, rosées, peu profondes, siégeant sur le voile et les piliers du palais, sur les amygdales, la base de la langue et la partie supérieure du pharynx; quelques points sont assez profondément érodés, d'autres offrent de petits points rouges et saillants; suppuration abondante; système ganglionnaire généralement développé. Le malade meurt après quatre mois de séjour. Les préparations antiscrofuleuses et arsenicales paraissent avoir été sans influence sur la marche de la maladie. L'autopsie nous montre que les ulcérations s'étendent dans le pharynx jusqu'à l'ouverture œsophagienne; elles existent aussi sur l'épiglotte, la partie supérieure du larynx, sans dépasser la corde vocale supérieure et pénétrer dans la glotte ; elles sont peu profondes, leurs bords ne sont pas nettement coupés, leur fond est végétant; il n'existe pas d'infiltration tuberculeuse au-dessous ou à côté.

L'observation 23 est aussi un exemple remarquable d'ulcération de la langue, avec infiltration tuberculeuse de cet organe.

Les tumeurs hypertrophiques des parenchymes glandulaires, les tumeurs fibreuses, les polypes ou excroissances hypertrophiques des membranes muqueuses, les tumeurs cartilagineuses, osseuses, ostéo-cartilagineuses et ostéo-fibreuses, les kystes enfin, sont des lésions pathologiques absolument sans action sur le système ganglionnaire.

RÉSUMÉ.

1° Les ganglions ont une facilité extrême à être influencés par la présence d'une irritation ou d'une phlegmasie qui se développe dans leur sphère lymphatique.

2° Les phlegmasies simples produisent sur les ganglions divers phénomènes qui varient depuis le simple engorgement sympathique jusqu'à l'adénite phlegmoneuse.

3° Les phlegmasies spécifiques, telles que les ulcères virulents, affectent fréquemment les ganglions. Le plus souvent il y a infection de la glande par l'élément virulent ; alors, dans ce cas, on observe une anénite suppurée, qui, elle-même, peut se transformer en un chancre ganglionnaire.

4° L'ulcère virulent n'a pas toujours pour conséquence la suppuration virulente ; le bubon peut être tantôt sympathique, tantôt spécifique, et tantôt mixte, c'est-à-dire contenant un pus central virulent, et un pus périphérique phlegmoneux (voy. l'obs. 5).

5° Le bubon virulent ou non virulent symptomatique du chancre non induré n'est jamais suivi de la diathèse syphilitique.

6° Les diverses phlegmasies locales de la diathèse syphilitique, sauf le chancre, paraissent ne jamais causer de retentissement sur les ganglions, à moins d'une cause adjuvante, telle qu'une irritation ou une phlegmasie siégeant sur le lieu même de l'accident.

7° Les adénopathies scrofuleuses et tuberculeuses ont des caractères très-distincts de celles de la syphilis ; elles coïncident fréquemment avec ces dernières, et elles ont souvent pour point de départ des accidents vénériens, tels que la blennorrhagie, des ulcères herpétiques, des ulcères non indurés et indurés.

8° Les bubons d'emblée, pris dans le sens habituel du mot, n'existent pas. On peut avoir un abcès ganglionnaire spontané de l'aine, comme dans toute autre région ; mais un bubon syphilitique qui

n'aurait d'autre antécédent que des rapports sexuels ne peut exister. « Le bubon virulent a toujours pour antécédent un chancre. »

9° Les ulcères situés sur la cuisse et le bras, sauf le chancre induré et le furoncle, paraissent être sans influence sur les ganglions des régions voisines.

10° L'adénopathie symptomatique du chancre induré ne suppure jamais spécifiquement. Les cas infiniment rares dans lesquels on voit des glandes suppurées présentent habituellement une complication inflammatoire accidentelle ou strumeuse. Dans ces mêmes cas, on a remarqué que la suppuration était moins abondante et de moins longue durée qu'en l'absence de la syphilis constitutionnelle.

11° L'adénopathie syphilitique secondaire est sous l'influence de la diathèse générale ; cette dernière peut affecter les ganglions de toutes les régions. Les ganglions cervicaux postérieurs, occipitaux mastoïdiens, qui sont plus souvent sains, et plus faciles à explorer que les autres, fournissent aussi des signes d'une plus grande valeur.

12° L'influence de la diathèse sur le système ganglionnaire général rend parfaitement compte de la persistance de l'adénopathie symptomatique du chancre induré, après la guérison et la disparition complète de son induration.

13° Sous l'influence de la diathèse syphilitique, les ganglions profonds du cou paraissent, d'après certains faits, déterminer des compressions du facial assez intenses pour causer la paralysie de ce nerf dans toute sa portion extérieure au crâne.

14° La plupart des engorgements ganglionnaires scrofuleux peuvent être rapportés à la présence de l'élément tuberculeux. Ces deux diathèses se compliquent fréquemment l'une l'autre.

15° Le cancroïde et le cancer n'infectent pas toujours les ganglions ; mais, quand cette infection a lieu, elle détermine sur eux une adénopathie dont les caractères sont distincts dans ces deux affections.

16° L'analogie est assez frappante entre l'adénopathie du chancre

non induré et celle du cancroïde, entre l'adénopathie du chancre induré et celle du cancer, pour qu'on puisse faire le rapprochement suivant : l'adénopathie du chancre non induré est à celle du cancroïde ce que celle du chancre induré est à celle du cancer.

17° Le lupus ou esthiomène consiste dans une hypertrophie des éléments tégumentaires, ne produisant pas de tissus hétérogènes. Cette maladie est sans action sur les ganglions.

18° Les ulcères tuberculeux peuvent affecter les muqueuses comme les téguments externes; ils consistent tantôt dans une érosion simple des tissus, tantôt dans une érosion précédée de l'infiltration tuberculeuse. Lorsqu'ils occupent certains siéges, tels que la langue, le palais, les amygdales, il est facile de les confondre avec des ulcères spécifiques.

19° L'épulis et la kéloïde ont une action douteuse sur les ganglions.

20° Les diverses dégénérescences pathologiques désignées comme *non malignes*, telles que les lipômes, les kystes, les tumeurs hypertrophiques, fibreuses, etc., n'ont aussi aucune influence sur le système ganglionnaire.